

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 94

LE TRAITEMENT
DU
BUBON CHANCRELLEUX
PAR LA VACCINOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE

(Travail fait à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté
de médecine de Bordeaux).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 mai 1931

PAR

Jacques DEJEAN

EXTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 5 avril 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges
		JEANNENEY, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0073

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 94

LE TRAITEMENT
DU
BUBON CHANCRELLEUX
PAR LA VACCINOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE

*(Travail fait à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté
de médecine de Bordeaux).*

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 mai 1931

PAR

Jacques DEJEAN

EXTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 5 avril 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEÛLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	GREYX.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE

En gage de toute mon affection.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT

A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VERGER

Dont chacun évoque avec regret la
silhouette d'une souriante indulgence, et
qui a laissé parmi nous le souvenir d'un
grand maître.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER (1926).
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET (1926).

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR PARCELIER (1927).
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHER (1927).
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER (1928).
MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDÉRODIAS (1928).
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY (1928).
MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VERGER (1929) *in memoriam*.
MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES (1929).
MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE (1930).
MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT (1931).

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ PETGES

Préparateur du laboratoire du Centre régional de sérologie.

Sincère amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECOULANT

Chef de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉ

Chef de Clinique médicale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA

Chargé de cours à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

En remerciement de l'aimable accueil
qu'il m'a fait dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ

*Médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants,
Médecin-Chef de la Maison maternelle des Hospices,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Reconnaissance au maître et au médecin.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

En remerciement de l'intérêt qu'il m'a
toujours témoigné.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien-chef de l'Hôpital Tastet-Girard,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui m'a fait, à l'occasion d'une intervention récente, bénéficier de sa haute maîtrise chirurgicale.

Témoignage d'admiration et de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux.
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Dont j'ai pu apprécier dernièrement
l'affectueuse bonté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SIGALAS

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Directeur de l'Institut d'Éducation physique,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Respectueuse admiration.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Dans votre beau service, si parfaitement organisé, vous m'avez témoigné une bienveillance et une amabilité que j'ai pu apprécier encore bien souvent en d'autres circonstances et que je n'aurai garde d'oublier.

Permettez-moi de vous exprimer ici ma plus dévouée gratitude pour le très grand honneur que vous me faites aujourd'hui en présidant la thèse dont vous m'avez inspiré le sujet.

LE TRAITEMENT DU BUBON CHANCRELLEUX

PAR LA VACCINOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE

INTRODUCTION

Pendant fort longtemps la thérapeutique de l'infection chancrelleuse, surtout de ses complications, a été particulièrement indécise et décevante.

En 1889, l'excellente méthode préconisée par Fontan permit d'obtenir des succès rapides avec des moyens d'application simple. Employée couramment encore aujourd'hui cette méthode marque une étape capitale dans le traitement de l'adénite chancrelleuse.

La création d'un vaccin spécifique, réalisé par Charles Nicolle et ses collaborateurs de l'Institut Pasteur de Tunis, en octobre 1924, a permis de franchir une étape nouvelle.

Expérimenté dans le monde entier, il s'est imposé en peu de temps, car, s'il s'est montré irrégulier dans ses effets sur le chancre initial, il a été possible désormais de triompher à

peu près constamment de ses complications : bubon, phagédénisme, orifices chancrellisés, dans un délai relativement court.

C'est cette étude que nous avons entreprise.

Après un coup d'œil rapide sur le streptobacille de Ducrey et sur les lésions dont il est l'agent, nous ferons un exposé des diverses thérapeutiques employées à leur traitement. Entrant ensuite dans le sujet, nous publierons un certain nombre d'observations — une centaine — quelques-unes accompagnées de la feuille de température correspondante. Ces observations ont été relevées au milieu d'un total de 300 environ, depuis 1925, à la Clinique dermatologique de Bordeaux, dirigée par notre maître M. le Professeur Petges qui nous a inspiré ce travail.

CHAPITRE PREMIER

L'AGENT PATHOGÈNE DU CHANCRE MOU

L'agent pathogène du chancre mou a été individualisé pour la première fois par Ducrey, de Naples, en 1889.

HISTORIQUE.

Jusqu'à cette époque, les recherches avaient abouti à la description d'éléments très disparates. C'est ainsi que Adams accuse un parasite hybride « né de l'insecte mâle de la syphilis et du parasite femelle de la gale » (qui a été longtemps comprise au nombre des maladies vénériennes). Donné parle, en 1837, du *vibrio lineola*; Salisbury, en 1866, fait des recherches sans résultat; Rollet, en 1874, ne trouve pas d'élément constant dans le pus qu'il étudie; Lucas, enfin, en 1886, incrimine le *micrococcus ulceris*.

Après la découverte de Ducrey, Unna décrit, en 1892, un streptobacille qu'il dit siéger uniquement dans la profondeur des lésions et qu'il étudie dans des coupes de chancre simple. Il a été prouvé par M. Audry, en 1893, puis M. Ch. Nicolle, qu'il s'agit en réalité d'un seul et même élément, appelé désormais par certains bacille de Ducrey-Unna.

Etude bactériologique.

ASPECT MICROSCOPIQUE. — SIÈGE DU BACILLE.

L'agent pathogène du chancre mou se présente sous la forme d'un bacille assez court — 1 à 2 μ environ — large de 0,5 μ , soit en éléments isolés, soit en chaînettes, très variables d'as-

pect, d'où son nom de streptobacille. Queyrat dit l'avoir vu quelquefois sous un aspect cocciforme.

On trouve constamment le streptobacille dans le pus chancrelleux, soit extracellulaire, soit dans des leucocytes d'aspect pyoïde.

Dans le pus du bubon, sa présence a été longtemps discutée. Strauss, en 1884, ne trouve aucun élément microbien dans le pus de 58 bubons (il méconnaissait d'ailleurs à cette époque le streptobacille) et conclut à la non-inoculabilité du pus ganglionnaire. M. Nicolle examine lui-même le contenu de 3 bubons sans succès.

Par la suite, grâce au perfectionnement de la technique et des colorations, les auteurs le reconnurent à peu près constamment. M. Audry, dans son *Précis des maladies vénériennes*, 2^e édition, 1917, conclut à la présence constante du bacille de Ducrey dans le pus du bubon chancrelleux, ce qui correspond bien à la pathogénie de la lésion et à la propagation du bacille par voie lymphatique. L'auteur précise : « On trouve le bacille de Ducrey dans les ganglions avant toute trace d'abcès, même histologique. »

En 1928, M. P. Durand, à la Réunion dermatologique de Strasbourg, reprend l'historique de la question et donne le résultat de ses recherches : 49 bubons ont montré 48 fois la présence de streptobacille, 40 bubons non ouverts ont permis de reconnaître le streptobacille 38 fois à l'état de pureté, 2 fois associé à des microbes divers peu pathogènes (staphylocoque blanc, bacilles diphtéroïdes).

Il est admis aujourd'hui que le streptobacille de Ducrey existe constamment dans le pus du bubon.

COLORATION. — RECHERCHE.

La fuchsine de Ziehl diluée au 1/10 et la thionine phéniquée sont les colorants de choix, ainsi que les couleurs d'aniline usuelles. Egalement les solutions de bleu à chaud, le bleu de Sahli boraté (10 à 15 minutes) ou plus simplement encore le bleu de méthylène.

Le streptobacille se colore plus fortement aux extrémités, le centre restant plus clair lui donne, dans les préparations, un aspect en navette.

Nous avons utilisé dans nos recherches la formule de Pick et Jacobson :

Fuchsine de Ziehl	XX gouttes	
Solution aqueuse de bleu de méthylène..	VI gouttes	—
Eau distillée	20 cc.	

que nous avons laissée agir sur les frottis dix minutes environ.

Nous avons également vu employer, au laboratoire de la Clinique dermatologique, la thionie phéniquée, le bleu de méthylène phéniqué et le bleu polychrome de Unna dilué.

La recherche microscopique du bacille de Ducrey, après coloration, est habituellement considérée comme difficile. C'est là, presque toujours, et M. Petges insiste sur ce fait, la conséquence d'une faute de technique dans la manière dont est fait le prélèvement.

Le streptobacille a, en effet, une vitalité très précaire et on ne le trouve pas parce qu'on le recherche dans la sérosité, ou le pus, comme on recherche le bacille de Koch ou le tréponème, alors que, éliminant les portions de tissu nécrosé, il faut le prélever au niveau de la zone pyogène véritable.

Pour faire un frottis convenable, il est donc nécessaire, non point de procéder en prélevant du pus à la pipette, avec le fil de platine ou le vaccinostyle, mais de frotter tout d'abord, de déterger à sec, dans la mesure du possible, avec de la gaze, l'ulcération. On pourra faire désormais de bons frottis en recueillant par raclage, sur les zones d'accroissement de bordure ou du fond rouge et non encore grisâtre et nécrosé, la culture microbienne virulente qui s'y trouve (Petges).

Dans les traités de bactériologie les plus récents, on dit toujours, que le streptobacille se trouve « dans le pus » du chancre mou. Cela correspond bien à la vérité mais ne donne pas le meilleur moyen de découvrir cet élément.

CULTURE.

Aucun des milieux usuels ne convient. La difficulté qu'ont éprouvée les expérimentateurs a suscité de multiples recherches, et de nombreux milieux ont été imaginés, dont quelques-uns sont actuellement classiques.

Petersen, en 1893, paraît être un des premiers à avoir obtenu, une seule fois il est vrai, une culture de streptobacilles sur gélose au sérum. Istamanoff et Akspiants annoncent, en 1897, des résultats positifs sur gélose faite avec une macération de peau humaine. Lenglet, en 1898, utilise un milieu obtenu par la digestion de peptone de peau humaine par de la peptone et de la pancréatine. MM. Besançon, Griffon et Le Sourd, en 1900, obtiennent enfin, les premiers, des cultures régulières sur leur milieu de gélose au sang défibriné de lapin. Himmel, l'année suivante, aurait eu de bons résultats sur du sang de cobaye fraîchement recueilli dans des tubes stériles. MM. Tomaszewski, en 1903; Thibierge et Ravaut, en 1905, font de nombreuses expérimentations.

Jusque-là, aucune technique n'a guère été établie avec précision, il en sera autrement par la suite.

Reenstierna utilise la gélose nutritive à 3,5 p. 100 d'agar additionnée du 1/3 de son poids de sang défibriné de lapin, milieu sur lequel le streptobacille se développe bien, mais ne se conserve guère plus de trois jours à l'étuve à 33 degrés. Nicolle a utilisé le milieu de Reenstierna, modifié en « stérilisant dans une fiole d'Erlenmeyer 90 grammes de gélose nutritive à 3 p. 100 d'agar additionnée après fusion à 60 degrés de 20 grammes de sang défibriné de lapin ». Le repiquage tous les trois jours y est nécessaire. Le même auteur a obtenu la culture du streptobacille sur milieu convenant également au gonocoque et ainsi composé : gélose nutritive à 2,5 p. 1.000 d'agar additionnée de 1 p. 100 d'amidon ou de fécule de pomme de terre, mais à la condition de déposer à la surface une parcelle détachée du tube du milieu de Reenstierna.

Tous ces milieux ont pour inconvénient majeur de nécessiter des repiquages fréquents et constituent des terrains de conservation médiocres.

Un milieu demi-solide, la gélose molle au sang défibriné de lapin de Ch. Nicolle, permet d'obtenir des colonies sous forme de chaînette de streptobacilles y vivant régulièrement un mois et demi. Pour sa préparation, il faut observer les proportions suivantes : bouillon, 1 litre; agar, 2 g. 50; amidon ou fécule de pomme de terre, 10 grammes. On additionne les tubes stérilisés du $\frac{1}{5}$ de leur volume de sang défibriné de lapin et on les laisse refroidir en position verticale. Le repiquage se fait en surface, la culture tendant à gagner la profondeur. Après ensemencement, les tubes sont conservés, bouchés, à l'étuve à 35 degrés. Les repiquages, qui sont faciles, doivent avoir lieu toutes les trois semaines pour obtenir les meilleurs résultats.

M. Hababou Sala, de son côté, utilise un milieu à l'œuf dit « B. H. S. », qui n'est autre que le milieu à l'œuf de Besredka additionné de gélose ordinaire glycinée neutre, une partie du premier pour deux parties de gélose. On coule en boîtes de Pétri. L'ensemencement est fait à partir du pus du chancre lui-même, on porte à l'étuve à 37 degrés. Au bout de vingt-quatre heures, on obtient des colonies qui peuvent être reconnues au microscope.

MM. Nicolau et Banciu, de Bucarest, emploient une solution de peptone : *pepton siccum sine sale Merck*, à 1 p. 100 dans 8,5 p. 100 d'eau physiologique à laquelle on ajoute, après répartition dans des tubes à essais et stérilisation, $\frac{1}{5}$ de sang humain défibriné. On chauffe pendant une demi-heure à 60 degrés puis séjour à l'étuve à 35-36 degrés. Le streptobacille pousse sous l'aspect d'un riche feutrage dont le développement est complet après quarante-huit heures.

M. Rivafler préconise un milieu composé de gélose, 5 parties; sang humain, 2 parties; 1 partie d'un liquide albumineux obtenu par macération de haricots blancs secs concassés et filtrage sur terre d'infusoires puis bougie L². Une

culture en nappe est obtenue vers le troisième ou quatrième jour.

RÉSISTANCE AUX AGENTS PHYSIQUES. — Avant même la découverte du streptobacille, W. Boeck avait signalé, en 1872, la sensibilité très grande de l'agent infectieux du chancre mou à la chaleur. Aubert reprend cette étude, en 1883, et constate qu'il perd toute virulence après un séjour de une heure à une température de 42 à 43 degrés ou de 16 à 18 heures à une température de 38 degrés.

Nous verrons plus loin tout l'intérêt pratique de ces faits qui ont servi de base à bon nombre de traitements de l'infection chancreuse.

ACTION PATHOGÈNE EXPÉRIMENTALE.

L'inoculation expérimentale à l'homme ne présente aucune difficulté : une légère excoriation des téguments au niveau de laquelle on dépose une parcelle de pus virulent permet de reproduire, au bout de quatre à six jours la lésion chancreuse typique. Ce procédé, qui constitue ainsi un moyen de diagnostic, est écarté systématiquement dans le service de M. le Professeur Petges, sauf lorsque le diagnostic ne peut attendre, à cause des inconvénients qu'il présente malgré tout pour le malade.

Chez l'animal, les premiers essais remontent à Auzias Turenne, qui, en 1844, aurait transmis le « chancre » au singe, au chat, au lapin et au chien. Le chancre mou et le chancre induré sont alors confondus, il est difficile d'attacher beaucoup d'intérêt à ces recherches d'autant que les résultats, dans un cas comme dans l'autre, ne concordent pas avec ceux obtenus par les expérimentateurs qui ont suivi.

Ch. Nicolle n'eut que des succès sur la souris, le singe, le cobaye, le lapin et le chien. Davis, en 1903, inocule le macaque. Puis MM. Thibierge, Ravaut et Le Sourd repro-

duisent la lésion chancreuse type chez le singe et vérifient la réversibilité de l'inoculation du singe à l'homme. Arturo Fontana obtient des résultats positifs, en 1908 et 1911, sur la cornée du lapin, ainsi que Reenstierna.

Moins heureux que les précédents, MM. Nicolau et Banciu échouent, après de nombreux essais, sur la souris, le chien, le chat, le mouton, le cheval et le cobaye, exception faite pour le lapin, chez lequel ils reproduisent la chancrelle en injectant 1/4 de cc. de culture de streptobacille en milieu liquide au niveau de l'oreille.

Récemment, en 1923, M. Hababou Sala fit de vains essais sur le pigeon à la hauteur du bréchet.

Il découle de ces nombreuses tentatives que seuls peuvent être considérés comme réceptifs le singe et le lapin.

CHAPITRE II

LE CHANCRE MOU

HISTORIQUE.

Celse a le premier donné une description du chancre et de ses complications (phimosis). Il parle d' « ulcérations rongeantes fournissant une suppuration semblable à de la lavure de chair ». Les Arabes (Mesne, Avicenne, Avenzoar) décrivent des « ulcères corrosifs et serpigneux de la verge ». Enfin Guillaume de Salicet cite les « corruptions » de la verge après le coït avec une « femme sale ou une courtisane ». Mais ce terme vague d' « ulcération » ne permet pas de connaître quelle est la lésion dont il s'agit à une époque où la syphilis est méconnue.

PREMIÈRE PÉRIODE : *De la dualité des maladies vénériennes.* — Vers la fin du x^v^e siècle, époque à laquelle remontent les origines de la syphilis en Europe, la différenciation de cette affection et du chancre mou est nette. Il en est ainsi pendant quelques années à peine : jusqu'au début du xvi^e siècle.

DEUXIÈME PÉRIODE : *De l'unicité.* — Georges Vella, vers 1508, confond pour la première fois les deux affections. Avec lui commence une deuxième phase : de l'unicité. Jean de Vigo conserve pourtant l'ancienne conception et dans son *Traité de Chirurgie* de 1517 fait deux descriptions nettement à part, cependant que les auteurs se rallient lentement aux idées de Vella.

Nicolas Massa en 1532 fait du bubon un accident syphilitique. Antoine Lecoq le suit dans cette voie en 1540 et Musa Brassavole englobe dans le « mal vénérien » le chancre mou, la syphilis, la blennorragie.

Cette confusion dure trois siècles. Balfour isole en 1767 la blennorragie de cet ensemble.

III. PÉRIODE : *La conception actuelle*. — Neuf ans plus tard — en 1786 — une troisième période, retour aux idées premières, se dessine. Hunter estime que n'est véritablement « chancreux » que l'ulcère induré. C'est aussi Carmichael, en 1814, qui manifeste sa surprise de voir toute ulcération génitale traitée comme syphilitique, quels que puissent en être ses caractères distinctifs, et propose l'appellation de « chancre huntérien » pour désigner l'ulcère syphilitique.

Ricord, lui, se rallie à la doctrine de l'unicité bien que quelques années plus tard, en 1838, il reconnaisse qu'il existe des chancres restant mous qui ne sont jamais suivis d'accidents secondaires, alors que d'autres s'indurent et donnent ces accidents. Il conclut : « Le chancre simple est une affection purement locale qui borne ses effets à la région qu'elle attaque, qui n'a jamais de retentissement général, qui ne s'accompagne jamais d'accidents constitutionnels. En d'autres termes, c'est un chancre qui n'infecte pas l'économie, c'est un chancre sans vérole. » Mais Ricord reste uniciste jusqu'en 1851 quant à l'origine des lésions qui, pense-t-il, évoluent dans un sens ou dans l'autre suivant les dispositions du sujet, époque à laquelle — avec Prieur — il émet pourtant l'hypothèse qu'il pourrait bien y avoir deux virus différents.

Ce n'est que l'année suivante — 1852 — que Bassereau sépare nettement le chancre mou du chancre induré et établit définitivement la doctrine des dualistes, non encore admise par tous, puisque Clerc, en 1854, estimant que le chancre mou est à la syphilis comme la varioloïde à la variole, une manifestation plus bénigne, propose l'appellation de « chancroïde ».

Rollet, de 1855 à 1864, précise les idées de Bassereau auxquelles se rallient enfin — plus tard — Diday, Ricord, Fournier, etc.

ETIOLOGIE DU CHANCRE MOU.

La contagion est habituellement directe par inoculation au niveau des organes génitaux, à l'occasion du coït, soit à la faveur d'un attouchement quelconque (examens de malade : chancre professionnel des médecins).

La contagion indirecte — origine de la plupart des chancres mous extragénitaux — se fait par les ongles souillés de pus chancrelleux emprunté au foyer génital allant infecter une excoriation minime des téguments.

INCUBATION.

Elle est très courte : deux jours, quatre à cinq jours au plus, contrastant avec celle du chancre induré qui, de quinze à trente jours, n'est jamais inférieure à dix jours.

EVOLUTION ET DESCRIPTION CLINIQUE.

..

Quarante-huit heures après le contact suspect, apparaît au point intéressé une petite vésicule qui prend bientôt l'aspect d'une pustulette, laquelle va donner la lésion type : c'est une ulcération ne dépassant pas en général les dimensions d'une pièce de 50 centimes, souvent moins, avec perte de substance. Le fond est jaune gris, les bords sont taillés à pic et décollés par lesquels la lésion s'étend en surface.

Notre maître, le Professeur Petges, a décrit sous le nom de « signe des deux lisérés » l'aspect tout à fait caractéristique constitué par la trace nécrosée de l'infection ayant gagné vers la périphérie d'une part, et la ligne externe active d'accroissement d'autre part, constituant deux lisérés minuscules concentriques : le premier, interne, gris jaunâtre; le

deuxième, externe, rouge arrondi comme un cordonnet très mince.

Le chancre mou présente comme autres caractères une suppuration assez abondante qui le baigne et dont les couches superficielles peuvent se concréter sous forme de croûtelles.

Cet ensemble repose sur une base molle, quelquefois pâteuse, que l'on peut opposer à la sensation cartilagineuse que donne le palper du chancre induré à sa base.

Le chancre mou est très douloureux spontanément; il a tendance à saigner facilement au toucher.

Si nous établissons un parallèle rapide avec les caractères du chancre induré, nous constatons qu'il s'en différencie nettement par sa courte incubation, la douleur, la tendance à saigner, et surtout par l'aspect de la lésion : bords taillés à pic et décollés, double liséré, suppuration, base non indurée, multiplicité plus fréquente. L'exploration de l'aïne permettra de reconnaître s'il existe une réaction ganglionnaire douloureuse avec tendance à la suppuration, ou bien s'il s'agit de la polyadénopathie syphilitique caractéristique.

Il est des cas pourtant, en pratique, où le diagnostic spontané est difficile, d'autant que le chancre mixte entrant en jeu vient modifier les caractères premiers.

Le chancre mixte.

Décrit par Rollet en 1862, le chancre mixte ne fut pas immédiatement admis par tous (on l'appela par dérision « mullet »). Il s'agit d'une lésion présentant les caractères cliniques du chancre mou et du chancre induré. Il peut être mixte d'emblée par contagion simultanée des deux affections, auquel cas les caractères d'induration ne commencent à apparaître qu'après écoulement du temps d'incubation normal de la syphilis. D'autre fois, l'une des deux affections vient s'établir secondairement sur l'autre.

FRÉQUENCE DU CHANCRE MIXTE.

La proportion relative des chancres mixtes est variable suivant les époques et les régions où les statistiques ont été faites. Rollet disait : 6 p. 100 des chancres totaux, proportion que beaucoup ont jugée inférieure à la réalité. M. Gaucher pouvait dire, quelques années avant la guerre, qu'un tiers des chancres mous étaient mixtes.

Les publications de vénérologie de guerre ont insisté sur l'extraordinaire fréquence des chancres mixtes, surtout en 1918 et 1919. D'après les statistiques du professeur Petges, qui se trouvait à cette époque dans un centre dermatologique d'armée, puis de l'intérieur, les chancres mixtes étaient tellement nombreux que tout chancre mou était, à bon droit, suspect de précéder le chancre syphilitique.

MM. Nicolas, Moutot et Durand ont évalué cette proportion de 25 à 30 p. 100.

Nous avons nous-même pratiqué le relevé de 372 observations de malades traités dans les salles de la clinique dermatologique pour infection chancrreuse :

Trente chancres seulement étaient mixtes, ce qui donne une proportion de 8 p. 100. Il est à remarquer que sur ce total, 278 malades étaient porteurs de bubon, 94 atteints seulement de chancre non compliqué.

Actuellement, depuis quelques années, on revient aux proportions anciennes, et, à Bordeaux en particulier, les chancres mixtes deviennent l'exception.

Siège du chancre mou.

Le chancre mou siège le plus habituellement sur les organes génitaux. Chez la femme, tous les points de la vulve, plus spécialement la fourchette, même le méat. La muqueuse vaginale est plus rarement atteinte, parfois le col utérin. Chez l'homme le reflet préputial, le sillon, et plus particulièrement

la région du filet, beaucoup moins le gland et le fourreau. MM. Strominger et Schapira (1926) l'ont signalé dans l'urètre.

Dans les deux sexes, et surtout chez la femme, on peut le rencontrer dans la région périanale, l'anus, le canal ano-rectal, où il faudra le chercher si, à l'occasion d'un bubon, on ne retrouve aucune trace sur les organes génitaux.

LOCALISATIONS EXTRAGÉNITALES.

On peut rencontrer la chancrelle avec ses caractères typiques sur tous les points des téguments.

Au membre inférieur, les exemples sont rares. M. Vedel, en 1921, signale 1 cas de chancre mou du mollet. Nous ne comprenons pas dans cette catégorie les chancres de la racine de la cuisse que nous rattachons à la zone génitale.

Au tronc, infiniment peu de cas rapportés.

Au membre supérieur, M. Palazy, dans ses recherches, cite en 1914, 38 cas de chancre mou avec, par ordre de fréquence décroissante : l'index, le médius (exceptionnellement le médius gauche), le pouce, l'annulaire, l'auriculaire. On a signalé des chancrelles du dos de la main (MM. Hudelo et Kaplan, 1926), de l'avant-bras.

A la tête, bien que longuement discutée vers 1860, l'existence en fut prouvée par de nombreuses communications. Jeanselme, en 1893, publie 10 cas de chancres mous céphaliques; M. Palazy, une quarantaine. La langue est relativement peu atteinte à cause de l'action permanente de la salive qui entrave le développement du streptobacille. Emery et Sabouraud citent plusieurs cas. Druelle, en 1910, n'avait pu en relever dans la littérature française et étrangère que 8. Ont été signalés : des chancres mous du voile du palais (Fiocco, 1903), du pharynx (Hoffman, 1903), de l'amygdale (Thomaschewski, 1884, et Simonescu, 1909), du pourtour des lèvres, du menton, des narines.

Parmi ces chancres extragénitaux, plusieurs ont été accompagnés de bubons diversement situés. Nous y ferons allusion ultérieurement.

MULTIPLICITÉ DES CHANCRES MOUS. — « Le chancre mou a l'esprit de famille » (Ricord), sa fréquente multiplicité est due soit à des inoculations multiples, soit à des ensemencements successifs de voisinage. Le nombre en est très variable, nous en avons vu jusqu'à 8, mais ce nombre peut être dépassé : une observation du service de M. le professeur Petges relate le cas d'une malade qui était porteuse, depuis un mois, de « 15 à 20 chancres mous de la vulve ».

Chez l'homme, sur 342 fiches que nous avons étudiées à ce point de vue, 167 fois il s'agissait de chancre unique, 175 fois de chancres multiples, soit dans 51 p. 100 des cas.

Fréquence du chancre mou.

a) **SUIVANT LE MILIEU SOCIAL.** — Le chancre mou atteint plus particulièrement la classe ouvrière et parmi elle les sujets qui négligent les soins élémentaires de propreté. Sa fréquence diminue à mesure que l'on s'élève dans l'échelle sociale, et si on le rencontre fréquemment dans les services de vénérologie des hôpitaux, il est très rare en clientèle privée. Les marins également en sont souvent porteurs d'où l'abondance relative de ces malades dans les grandes villes industrielles et dans les ports : à Bordeaux, par exemple, ainsi que nous avons pu le vérifier, comme aussi à Marseille, etc.

Le chancre mou est, au contraire, rare dans certaines villes telles que Bruxelles, Strasbourg.

b) **SUIVANT LA PROFESSION.** — Nous avons relevé la profession de 379 malades hommes hospitalisés et traités depuis 1923 dans le service de dermato-vénérologie de la Faculté de Bordeaux, et nous avons abouti aux résultats suivants :

103 marins ou chauffeurs de bateau, soutiers;

99 manœuvres travaillant la plupart sur les quais;

86 effectuant des travaux de peine divers (maçons, charpentiers, mécaniciens, serruriers, commission-

- naires, cimentiers, employés de chemins de fer, etc...);
- 13 domestiques, cuisiniers, garçons de café;
- 13 employés de bureau, de magasin, des postes;
- 4 boulangers, pâtisseries;
- 5 cultivateurs;
- 31 exerçant des métiers divers ne pouvant être classés dans l'une des autres catégories (imprimeur, coiffeur, agent de police, artiste, lutteur, fossoyeur, électricien, etc...);
- 25 sans profession ou sans profession bien définie.

Nous le voyons les marins et les manœuvres sont très nettement en tête de liste puisque le groupe suivant de 86 malades comprend à lui seul une quinzaine de métiers différents. Enfin les cultivateurs de passage à la ville sont dans la proportion très minime de 1,34 p. 100.

c) SUIVANT L'AGE. — Chez ces mêmes malades, nous avons obtenu le relevé suivant :

- à 14 ans, 1 cas;
- de 15 à 20 ans, 79 cas;
- de 21 à 25 ans, 108 cas;
- de 26 à 30 ans, 89 cas;
- de 31 à 35 ans, 40 cas;
- de 36 à 40 ans, 33 cas;
- de 41 à 45 ans, 12 cas;
- de 46 à 50 ans, 7 cas;
- de 51 à 60 ans, 8 cas;
- de 61 à 70 ans, 1 cas;
- de 71 à 80 ans, 1 cas.

Rien de spécial à noter ici. Le maximum correspond à la période comprise entre 21 et 25 ans, où l'appel génital est intense, mais où l'activité génitale n'est pas canalisée par le mariage ou une liaison durable. C'est l'époque des imprudences fertiles en éclosion de maladies vénériennes.

LES COMPLICATIONS DU CHANCRE MOU.

a) DU CHANCRE LUI-MÊME. PHAGÉDÉNISME. — On qualifie phagédéniques les chancres particulièrement malins qui tendent à prendre une extension inaccoutumée avec résistance anormale aux agents thérapeutiques. Les bords sont déchiquetés, décollés, prenant quelquefois des allures térébrantes.

En sont habituellement porteurs les malades dont le traitement a été négligé ou n'a pu être établi faute du matériel nécessaire : coloniaux loin de tout centre, marins qui n'ont pu être soignés à bord.

Des associations microbiennes ont été soupçonnées dans la pathogénie de ces accidents. Il n'en est encore rien sorti de définitif.

b) DES RÉGIONS IMMÉDIATEMENT VOISINES. — La plus fréquente est le phimosis par œdème du prépuce consécutif à un ou plusieurs chancres de cette zone, et plus particulièrement sous-préputiaux.

On a signalé des accidents rares, des destructions véritables du gland, d'une partie de l'urètre, des corps caverneux, dont le streptobacille ne paraît pas à lui seul responsable. Nous n'en avons pas observé, même dans les cas d'apparence fort grave, grâce aux traitements actuels qui ont été mis en œuvre.

c) A DISTANCE. — Nous voulons parler ici du bubon, qui nous intéresse plus particulièrement et dont l'étude fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE III

LE BUBON CHANCRELLEUX

HISTORIQUE.

Hippocrate, vers 420 avant Jésus-Christ, avait remarqué des tumeurs de l'aîne survenant après des ulcérations des organes génitaux. Celse, vers 50 avant Jésus-Christ, Dioscoride, au I^{er} siècle de notre ère, puis Galien vers 170, parlent également de « bubons chancreux ». Les *Epigrammes* de Juvénal, vers l'an 70, et la *Satire* de Martial, de la même époque, reprochant à une courtisane les stigmates qu'elle porte au pli de l'aîne prouvent que les Romains connaissaient également cette affection.

Elle est très répandue aux xiii^e et xiv^e siècles et déjà exploitée par les charlatans.

Guillaume de Salicet, au xiv^e siècle, Léonicenus, dans son *Traité des maladies vénériennes* de 1497, en font des descriptions. Ce dernier écrit, au sujet des bubons, que quelques-uns sont produits par la peste — le bubon pesteux — les autres sont de « cause primitive » mais il ne mentionne pas de rapport avec l'affection vénérienne. Jean de Vigo, en 1514, établit, lui avec précision, cette relation.

Nicolas Massa, enfin, dix-huit ans après (1532), décrit le bubon et en indique le traitement, c'est une des premières études détaillées, mais il en fait un accident syphilitique.

Ambroise Paré consacre un chapitre du xvi^e livre de ses *Œuvres complètes* (1575) aux « bubons ou poulains vénériens ». On leur a donné longtemps cette appellation « parce

que les malades écartent les jambes, fléchissent le corps et ont une démarche embarrassée comme les jeunes chevaux qui n'ont pas encore pris d'allure... » (Cullerier). Ambroise Paré commence le sujet ainsi : « ... Quelquesfois le virus vérollique se communique au foye, et, si la vertu expultrice est la plus forte, le rejette aux aines, qui sont ses émuncatoires, d'où s'ensuivent apostèmes appelés poulains. »

Le bubon, désormais bien connu, eut l'honneur de nombreuses descriptions. Sa liaison directe avec le « mal vénérien » est bien établie (on sait qu'à cette époque le chancre mou n'est pas individualisé).

Aux XVIII^e et XIX^e siècles, son origine chancrelleuse est proclamée, l'étude en est faite alors par Ricord (1838), Basse-reau (1850), Rollet, Jullien (1889), Strauss. Enfin, Ducrey (1889), Krefting (1891), Unna (1892). Plus près de nous par MM. Audry, Fournier, Petersen, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — ETUDE CLINIQUE.

On admet — ce qui concorde bien avec la présence constante de l'agent pathogène dans le pus ganglionnaire — que le streptobacille se propage par voie lymphatique jusqu'aux ganglions de la région.

Un seul élément constitue la masse principale, mais, contrairement à l'opinion généralement admise, les ganglions voisins ne sont pas indemnes. M. Audry, qui a opéré ou fait opérer des centaines de bubons, a toujours constaté l'atteinte de trois, quatre éléments, ayant — autour du principal — ou des deux principaux — le volume moyen d'une cerise.

Prenons pour type le bubon inguinal, le plus fréquent. Celui-ci est constitué au début par une tuméfaction assez peu volumineuse, au niveau de laquelle une très grande sensibilité ne tarde pas à apparaître. Son accroissement progressif aboutit à une masse allongée, le plus souvent parallèlement à l'arcade crurale, dont le volume, très variable, oscille entre celui d'un œuf de poule et d'un œuf de dinde.

La peau rougit à sa surface, elle devient chaude, tendue, une fluctuation nette s'établit. Si un traitement n'a pas été appliqué, la fistulisation spontanée s'opère, qui donne issue à un pus abondant, plus ou moins épais, crémeux, de couleur jaune clair ou jaune verdâtre, plus tard café au lait mêlé de fongosités. Ce bubon, fistulisé spontanément, peut guérir seul sans complication dans un temps toujours long, ou bien l'orifice d'évacuation se chancrellise, se décolle, et constitue une ulcération rongearde dont la guérison, désormais, s'éternise.

DÉLAI D'APPARITION DU BUBON. VOLUME. — Il ne peut être donné de règle précise sur la date d'apparition du bubon. Parfois il semble qu'il y ait presque simultanéité de développement avec le chancre initial, d'autres fois, au contraire, le ou les chancres sont déjà cicatrisés, et il n'est pas toujours facile d'en déceler la trace. D'après nos observations, le délai de six à huit jours apparaît comme une moyenne.

Le volume — au point ultime d'évolution de l'adénite, c'est-à-dire lorsque la fistulisation est imminente — est variable : quelquefois une noix, un œuf de poule, un œuf de cane, exceptionnellement plus.

LOCALISATION.

Suivant la situation du chancre mou, le bubon peut occuper n'importe quel groupe ganglionnaire.

Il correspond le plus souvent dans la zone génitale, au côté du chancre; si celui-ci est médian — dans la région du filet — il est fréquent de rencontrer une adénite inguinale bilatérale.

La fréquence est plus grande à gauche. Cullerier le signale déjà en 1812 : « Le siège du bubon vénérien est ordinairement dans l'aîne, mais plus souvent dans la gauche que dans la droite. » Nous l'avons trouvé à gauche 73 fois, à droite 57 fois, bilatéral 8 fois, pour un total de 140 cas, ce qui donne les propositions de : 54 p. 100 à gauche, 40 p. 100 à droite, 6 p. 100 bilatéral.

Nous n'envisageons là que les ganglions superficiels. Il est exceptionnel de trouver une atteinte du groupe iliaque, soit que les premiers aient établi, en quelque sorte, une barrière à l'infection, soit que la température plus élevée dans la profondeur ait entravé le développement du streptobacille. M. Gaymard, pourtant dans sa thèse (Paris 1913), attire l'attention sur ce point. Pour lui, l'adénopathie iliaque suit, en moyenne, de six à huit jours le bubon inguinal, se manifestant par des douleurs sourdes profondes ou une simple sensation de pesanteur. Deux évolutions : ou bien cette adénopathie régresse, ou bien, aboutissant à la suppuration, elle entre en communication avec le foyer inguinal. La littérature cite plusieurs cas de mort par péritonite ou autres complications chez les malades porteurs de ganglions iliaques suppurés, (thèse Guyot, Paris, 1836; Léon Labbé, *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1868). Nivison, d'Edimbourg, en 1831, cite un cas de mort par hémorragie des vaisseaux iliaques externes à la suite d'une « brusque suppuration » de la fosse iliaque droite chez un malade porteur d'un bubon.

Ces exemples, néanmoins, doivent être considérés comme exceptionnels. Nous n'en avons jamais rencontré, et nous nous demandons s'il ne s'est pas agi dans quelques-uns de ces cas de maladies de Nicolas et Favre.

Comme autres territoires atteints citons, sur 38 chancres mous du membre supérieur relevés par M. Palazy (1914) : 3 bubons axillaires, 3 épitrochléens sans qu'il y ait de localisation spéciale suivant le doigt atteint (1 chancre de l'index a donné un bubon de l'aisselle, une autre fois épitrochléen, malgré que le territoire lymphatique correspondant aboutisse au creux axillaire). Danlos, en 1907, a vu un volumineux bubon cubital suppuré chez un malade porteur d'un chancre mou de la base de l'annulaire.

Il a été signalé à la suite de chancres mous céphaliques un cas de bubon sous-maxillaire.

FRÉQUENCE.

Nous n'avons pu établir de chiffre précis sur la fréquence du bubon par rapport à celle du chancre, les malades venant dans les hôpitaux étant toujours, ou presque, porteurs de cette complication qui les immobilise :

285 avec bubon, dont 7 sans chancre apparent;

94 sans bubon, dont :

26 porteurs de chancre unique;

57 multiples;

11 mixtes (uniques ou multiples).

sur un total de 379 malades. Ceux non atteints de cette complication s'adressent presque toujours aux diverses consultations, aux dispensaires, et se soignent chez eux.

Les auteurs donnent des chiffres variables : Jullien (1889), sur 2.698 chancres mous, trouve un bubon 1.547 fois, soit dans 75 p. 100 des cas. M. Fournier (1907) donne le chiffre de 45 p. 100. M. Lecomte (1920), 30 à 40 p. 100. Dans certaines races cette fréquence serait plus grande et les bubons plus tenaces, ainsi que le signale M. Floquet (1920) à propos des Chinois, Arabes, Kabyles, Marocains.

La multiplicité ou l'étendue du chancre n'ont pas d'influence. Notre statistique citée plus haut donne 60 p. 100 de chancres multiples chez des malades indemnes de bubon.

BUBONS CHANCRELLEUX SANS CHANCRE.

« Il existe des bubons chancrelleux sans chancre, des bubons décapités. » (Milian.) Des cas en ont été publiés (M. Gougerot, en 1910, semble avoir été le premier) avec vérification à l'appui, soit par examen du pus retiré, soit par l'intradermo-réaction, soit enfin (1 cas de Milian) par la découverte du chancre mou chez la femme du malade. Sur les 379 malades dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises, 7 n'avaient aucune lésion apparente. Parmi eux il

peut y avoir eu, évidemment, une localisation au niveau de la zone ano-rectale passée inaperçue ou inaccessible, mais il en est certainement dont le bubon s'est manifesté d'emblée.

LE BUBON CHANCRELLEUX CHEZ LA FEMME.

Un fait assez surprenant est la rareté du bubon chez la femme comparativement au nombre des chancres. « Cette rareté chez ce sexe reste un mystère. » (MM. Massia et J. Lacassagne.) L'opinion générale est que, chez la femme, les fatigues, la marche et les frottements sont moins intenses.

Il est certain que la fatigue est un facteur important (cas des manœuvres), mais nous ne pensons pas que la chose doive être envisagée exactement ainsi. Il nous semble que l'on doit faire jouer un rôle infiniment plus grand au manque d'hygiène corporelle : l'ouvrier, bien souvent, n'apporte pas à sa toilette tout le soin désirable, son linge de corps est fréquemment souillé de sueur et exposé aux poussières, qui le pénètrent, le traversent (charbon, pierre, poussières de la rue, des quais); les organes génitaux sont constamment en contact avec ces souillures, lorsque, encore, celles-ci ne sont pas apportées par le contact des mains. Le même ouvrier porte, d'autre part, des chaussures lourdes, mal ajustées, aux traumatismes desquelles les pieds sont constamment soumis. Ces pieds eux-mêmes ne sont pas d'une propreté toujours rigoureuse, les excoriations, les fissures intradigitales, fréquentes, sont autant de portes d'entrée à l'infection. Il n'est pas surprenant désormais que les ganglions inguinaux correspondant à ces régions ne soient dans un véritable état de *réceptivité*.

C'est le cas de la plupart des manœuvres, des chauffeurs de bateau, etc., qui sont bien ceux chez lesquels le bubon est le plus fréquemment rencontré.

Chez la femme, pas de profession équivalente, davantage aussi d'hygiène. Nous avons la conviction qu'il y a là un facteur de première importance.

COMPLICATIONS DU BUBON. — Nous avons dit deux mots de la chancrellisation de l'orifice soit après fistulisation spontanée, soit après incision. Nous devons signaler ici le phagédénisme : Il s'agit, comme pour le chancre mou, de lésions envahissantes, n'ayant aucune tendance à la guérison, et résistant anormalement aux agents thérapeutiques. Les mêmes explications en ont été données : virulence particulière du bacille, associations microbiennes.

RECHUTES. — Il existe, enfin, des bubons reprenant leur activité après guérison en apparence complète. Ces cas de rechute ne sont pas exceptionnels, surtout après certaines thérapeutiques. Ils sont, malgré tout, la preuve soit d'une association (staphylocoque, streptocoque, etc.), soit d'une malignité plus grande de l'affection.

CHAPITRE IV

L'INTRADERMO-RÉACTION DANS LES AFFECTIONS A BACILLE DE DUCREY

L'intradermo-réaction étant un des moyens de diagnostic des lésions chancrelleuses, il nous paraît légitime de situer ici ce chapitre.

Avant de nous attacher au sujet lui-même, nous pensons qu'il est nécessaire de rappeler rapidement les notions d'allergie et d'anergie.

ALLERGIE.

L'allergie (Von Pirquet, 1906-1910) est la propriété que possède un organisme déjà infecté une première fois à réagir différemment à l'occasion d'une deuxième inoculation. C'est une modification de la réactivité de l'organisme, de sa sensibilisation qui se traduit par une réaction plus précoce, plus intense, pourvu toutefois qu'un certain délai se soit écoulé depuis la manifestation première.

Cet état peut être mis en évidence par l'intradermo-réaction qui se montre alors positive. Le délai d'apparition après l'infection chancrelleuse est environ de huit à dix jours, ainsi que le montrent les diverses expérimentations.

L'état allergique varie d'intensité suivant l'individu, l'étendue des lésions (il est en raison directe de leur gravité : bubon par exemple). Il dure indéfiniment et peut être mis en évidence après un délai de plusieurs années.

ANERGIE.

L'état anergique est un état inverse : c'est une désensibilisation passagère, nullement accompagnée d'ailleurs d'immunité. On a pu l'obtenir dans divers domaines de différentes façons : vaccination subintrantes (Besredka), autosérothérapie (Widal), autohémothérapie (Ravaut), etc. Pour la question qui nous occupe, l'état anergique apparaît au cours du traitement antichancrelleux par la vaccinothérapie spécifique : l'intradermo-réaction devient négative.

Ces faits sont la preuve que le streptobacille ne crée pas une lésion purement locale, ainsi qu'on le concevait autrefois, mais qu'il s'agit bien d'une infection générale avec modification de l'état humoral.

L'intradermo-réaction. Premiers expérimentateurs.

C'est Tetsuta Ito, de Tokio, qui, le premier, en 1913, pratiqua l'I. D. R. dans le chancre mou. Le réactif qu'il utilise est ainsi obtenu : deux tubes de culture de streptobacille sur gélose au sang de lapin sont laissés à l'étuve pendant vingt-quatre heures. Lorsqu'ainsi les colonies sont arrivées à un développement suffisant, on émulsionne dans 4 cc. d'eau physiologique phéniquée à 0,5 p. 100. Cette émulsion est rendue stérile par séjour de deux heures à 60 degrés au bain-marie.

Ito injecte dans la peau du bras quelques gouttes de cette émulsion en ayant soin de traumatiser le moins possible les tissus et utilise dans ce but une aiguille très fine.

Résultats obtenus par Ito sur 27 sujets :

11 n'ayant jamais eu de lésion chancrelleuse, 11 réactions — ;

5 ayant un chancre en évolution, 5 réactions + ;

11 ayant un chancre accompagné de bubon, 11 réactions +.

Ito déduit la spécificité de l'intradermo-réaction.

Dix ans après ces recherches, M. Reenstierna publia les

résultats de ses recherches personnelles. Il utilise une émulsion analogue à celle de Ito, sauf le passage final à l'étuve qui est remplacé par un séjour de deux semaines à la glacière.

Il donne les résultats suivants sur 449 cas.

429 adultes et 20 enfants se répartissant comme suit :

142 porteurs de chancre mou avec bubon :

134 réactions + ;

chez les autres, le diagnostic fut reconnu erroné par la suite.

31 porteurs de chancre mou sans bubon :

28 réactions + ;

3 réactions —.

27 ayant eu antérieurement des lésions chancrelleuses :

23 réactions + ;

4 réactions —.

(Parmi les 23 +, un vieux nègre ayant eu un chancre mou avec bubon cinquante ans plus tôt.)

249 témoins (dont les 20 enfants), tous indemnes de lésions actuelles et niant toute atteinte antérieure :

239 réactions —;

Parmi les autres, 2 adultes et 2 enfants eurent des réactions douteuses;

5 filles publiques et 1 vieux mulâtre suspects eurent une réaction +.

TECHNIQUE DE L'I. D. R.

La technique utilisée le plus habituellement est celle décrite par M. Reenstierna qui injecte dans le derme quelques gouttes de son émulsion à l'aide d'une très fine aiguille. On a utilisé par la suite — nous le verrons — des préparations très diverses : émulsion de Nicolle et Durand dite normale contenant 450 millions de corps microbiens par centimètre cube; Streptobacilline (Rivalier), Ducrène (Nicolau et Banciu), vaccin antistreptobacillaire du commerce.

Il se produit une petite élevation, ne dépassant pas la grosseur d'un petit pois, au cours de l'injection. Le résultat doit être interprété au bout de quarante-huit heures, la seule présence du liquide et le traumatisme produisant, dès le lendemain, une petite réaction non caractéristique. Si la réaction est négative, il ne subsiste au bout de ce temps qu'une trace très minime de la petite injection.

Si la réaction est positive, il s'est formé une papule entourée d'une zone érythémateuse plus ou moins étendue.

Il existe enfin des cas intermédiaires d'interprétation délicate que seule une grande habitude permet de discerner.

RÉSULTATS DE L'I. D. R. D'ITO-REENSTIERNA.

Nous ne disposons pas d'une expérimentation personnelle suffisante pour pouvoir tirer des conclusions utiles: Nous avons pu cependant nous faire une opinion d'après les résultats suivants de divers auteurs et en particulier d'après la thèse de M. Lecoulant (faite ici même en 1928) qui a bien voulu nous donner quelques renseignements oraux complémentaires.

M. Nicolle et ses collaborateurs (MM. E. Conseil, E. Gobert, H. Jamin, Ramery) ont pratiqué l'I. D. R. sur 93 sujets :

30 sujets indemnes de toute lésion chancreuse antérieure ou actuelle : 30 réactions —;

51 sujets porteurs de lésions :

6 réactions + faibles;

28 réactions + moyennes;

3 réactions + fortes;

3 réactions —.

12 filles publiques non contaminées, mais suspectées d'atteinte antérieure

10 réactions —;

2 réactions + chez des malades présentant des cicatrices.

Les auteurs concluent que l'I. D. R. est spécifique, cons-

tante, précoce, mais d'intensité croissante avec l'ancienneté des lésions, capable enfin de faire faire un diagnostic rétrospectif même après dix ans et même davantage.

M. Ramery publie, en 1924, les résultats obtenus sur 36 sujets :

14 réactions — : (5 syphilis primaires, 2 secondaires, 5 blennorrhagies, 1 favus, 1 ulcération non chancrelleuse de nature indéterminée.)

22 réactions + :

Chancres mous sans bubon, 14;

Chancres mous avec bubon, 6;

Chancre mixte, 1;

1 ulcération indéterminée chez 2 syphilitiques secondaires.

MM. Gobert et Jamin, la même année, donnent sur 32 sujets :

16 Tunisiens de 11 à 40 ans indemnes de toute infection chancrelleuse, 16 réactions — ;

16 filles publiques, parmi lesquelles :

10 n'ayant ni lésion actuelle ni antérieure, 10 réactions — ;

6 porteuses de lésions actuelles ou de cicatrices :

4 réactions + ;

2 réactions + faibles.

Les auteurs déduisent : « l'I. D. R. dans le chancre mou est spécifique et peut permettre le diagnostic rétrospectif du chancre ».

MM. Dubreuilh et Broustet, à l'aide du vaccin de Nicolle d'origine, ont obtenu, en 1923, dans toutes les lésions chancrelleuses typiques, des réactions positives. La réaction s'est toujours montrée négative chez les sujets indemnes de lésions actuelles ou antérieures.

MM. Nicolas, Lacassagne et Alcalay, en 1926, sur 152 malades ou témoins, dont nous ne reproduisons pas l'énumération détaillée, ont eu :

- 3 échecs (I. D. R. —) chez des malades en évolution;
- 6 réactions douteuses chez ces mêmes malades;
- 1 échec (I. D. R. +) chez des sujets indemnes;
- 9 réactions douteuses dans cette même catégorie.

Ils concluent : « l'I. D. R. possède une valeur diagnostique considérable et réellement spécifique. Le résultat sera plus intense si le sujet est porteur de complications chancrelleuses : bubons, etc. ». Le produit utilisé a été le vaccin de Nicolle du commerce.

En 1927, MM. Nicolas, Lacassagne et Zeitoun font une nouvelle communication de 202 cas. Les résultats sont analogues.

A l'étranger, M. Tarantelli, en 1928, a expérimenté sur 222 sujets; il a quelques échecs : « la réaction, malgré quelques réserves, peut aider au diagnostic ».

Ont publié également les résultats de leur expérimentation, Magginelli, Rocca Cascio, etc.

Enfin, M. Lecoulant, dont nous avons déjà cité le travail très documenté, a étudié l'I. D. R. pratiquée avec le « Dmelcos » sur de nombreux sujets. Il en a interprété, avec la plus grande impartialité, les résultats, et a dû enregistrer quelques échecs très nets. Chez tous les malades le diagnostic a été contrôlé par le laboratoire, afin qu'il ne subsiste aucun doute.

Sur 77 sujets atteints d'affections diverses (syphilis, orchites, ulcères variqueux, eczémas, etc) :

- 47 réactions — ;
- 23 réactions douteuses;
- 3 réactions marquées;
- 2 réactions + nettes;
- donnant 89 p. 100 de réactions négatives seulement;

Sur 23 malades atteints de chancre mou :

- 3 réactions + nettes;
- 7 réactions marquées;

5 réactions douteuses;

8 réactions —;

donnant 56 p. 100 de réactions négatives chez des sujets malades;

L'auteur tire la conclusion suivante :

« Une I. D. R. + n'a pas une grosse valeur, puisque le malade a pu présenter dans ses antécédents une infection chancreuse. La réaction — ne peut faire écarter d'emblée le diagnostic de chancre mou, puisque, dans de nombreux cas, l'allergie est d'apparition tardive... Pratiquée avec des vaccins commercialisés, elle ne semble pas un procédé de diagnostic fidèle. »

Que déduire de tout cela ?

Notre façon de penser se rapproche beaucoup de cette opinion. L'I. D. R. n'a réellement d'intérêt pratique que dans le cas où le diagnostic d'une lésion est douteux, mais on devra, en même temps qu'elle, employer d'autres moyens d'investigation, pratiquer des examens de laboratoire, et ce n'est qu'au milieu d'un faisceau d'arguments concordants qu'elle pourra trouver place, avec toute sa valeur, pour l'affirmation d'un diagnostic.

Depuis quelques années, vu les résultats décevants obtenus, l'intradermo-réaction n'est plus pratiquée dans le service de M. le Professeur Petges.

CHAPITRE V

LES DIVERS TRAITEMENTS DU BUBON CHANCRELLEUX

Ce n'est pas sans une certaine appréhension que nous entreprenons la rédaction de ce chapitre. Nous n'avons pas la prétention de citer toutes les thérapeutiques qui ont été appliquées au traitement du bubon, leur nombre est imposant. Nous avons pensé cependant — au risque de faire peut-être parfois une énumération fastidieuse — qu'il était utile de les passer en revue rapidement, afin qu'il soit plus facile de saisir ensuite les avantages ou les inconvénients de la vaccinothérapie spécifique.

Nous diviserons ces procédés, d'un point de vue purement pratique, en deux grands groupes :

- 1° les méthodes abandonnées ou peu connues;
- 2° les méthodes actuelles.

Ces dernières, au nombre d'un vingtaine environ, seront exposées chaque fois que cela sera possible avec le mode opératoire, les réactions (pour certaines), les résultats thérapeutiques.

Nous devons faire remarquer que dans ce deuxième groupe prennent place certains procédés anciens comme le drainage filiforme qui a encore ses adeptes, de même que dans la première catégorie entrent des techniques parfois récentes, mais qui n'ont pas prévalu.

Première partie.

La suppuration a été longtemps considérée comme une crise humorale salutaire dans l'évolution du bubon, donnant issue au « virus vérolleux » venu du foie (Ambroise Paré). Ce même auteur s'exprime ainsi :

« Pour la curation, il ne faut user de résolutifs craignant qu'une partie seulement se résolve et l'autre demeure en dedans, aussi ne faut jamais user en tel cas de répercussifs. Donc on appliquera médicaments attractifs et suppuratifs. »

Buchan, en 1788, écrit : « Si le bubon est accompagné, dès le commencement, de douleurs, de pulsation et d'une grande chaleur, il faut d'abord travailler à favoriser la suppuration. Dans ce cas on permettra au malade de suivre son régime ordinaire et même de prendre de temps à autre un verre de bon vin. On appliquera sur la partie malade des cataplasmes émollients composés de mie de pain et de lait adoucis avec... etc. Lorsqu'on est parvenu par ces moyens à exciter la suppuration il est très important de l'entretenir longtemps, c'est-à-dire trente ou quarante jours. C'est le plus sûr moyen de hâter la guérison. »

Ainsi pensait également MELCHIOR ROBERT qui, dans ce même but, faisait des pansements d'onguent épispastique. (De nos jours, même, RONDELLI hâte la suppuration en injectant 1 cc. d'essence de térébenthine intraganglionnaire.)

1° LES TRAITEMENTS MÉDICAUX.

Après cette période de suppuration provoquée, on a essayé au contraire d'obtenir la résolution et on a utilisé tour à tour la compression par des sacs de sable ou de plomb pesant environ trois livres, par un bandage herniaire (Jullien). Cette méthode a beaucoup été vantée par Sergent et Fergusson : « elle triomphe sans peine de tous les bubons et à toutes les périodes et particulièrement à l'état de suppuration. » Combattue au contraire par certains (Fournier).

Puis on essaya les emplâtres de savon, de ciguë, l'emplâtre de Vigo, diverses pommades dites « fondantes », des vésicatoires (Velpeau, Alphonse Guérin) « il n'est pas un seul bubon traité par moi (A. Guérin) qui laisse une cicatrice », les applications de vaseline ichtyolée, gaïacolée, de pommade mercurielle, de collodion iodoformé, de sachets de glace, etc.

Bier utilise des ventouses spéciales, de dimensions variables pourvues à leur sommet d'un système permettant de faire le vide (poire de caoutchouc) de façon à obtenir des suffusions sanguines. On pratique cinq à six applications durant cinq minutes chacune avec repos de trois minutes « pour laisser aux tissus le temps de se décongestionner ». Chaque séance dure trois quarts d'heure environ. Ensuite pansement compressif, repos au lit. Si le bubon est collecté, on aura ponctionné auparavant. Durée moyenne du traitement quinze jours (dix à vingt et vingt-deux jours). Bier conclut que l'hyperhémie ainsi obtenue a une quadruple action « analgésique, bactéricide, résolutive, nutritive ».

Le repos pur et simple avec pansements humides locaux a donné de bons résultats dans les bubons récents.

Tout cela ne peut concerner, sauf exception, que des bubons au début. Lorsque la fluctuation est apparue, pour éviter la fistulisation spontanée avec ses complications fréquentes (chancrellisation, cicatrice vicieuse) il a fallu drainer la collection.

2° LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX.

Ce sont les plus nombreux allant des simples scarifications à la ponction avec ou sans injections modificatrices, les incisions plus ou moins larges, les évidements ganglionnaires.

Le séton, qui eut son heure de vogue au xv^e siècle, fut vite abandonné.

a) INJECTIONS MODIFICATRICES. — En 1828 Hanse, médecin militaire, préconise dans sa thèse l'injection dans la cavité d'un mélange de vin aromatique (2 parties) pour 1 partie de teinture d'iode.

Jules Roux, médecin de la marine, publie sa méthode dans les *Archives* de 1840 : Ponction évacuatrice suivie de l'injection d'une solution iodée (teinture d'iode 30 grammes, eau distillée 60 grammes) avec laquelle il dit obtenir la guérison en quatorze jours environ.

Désormais, dans un peu plus d'un demi-siècle des quantités d'antiseptiques sont essayés : des solutions d'eau phéniquée à 40 p. 100, de sublimé à 2 p. 100, de chlorure de zinc à 1 p. 10 ou 1 p. 20 en badigeonnage, de sulfate de cuivre, benzoate de mercure à 1 p. 100, oxycyanure de mercure, nitrate d'argent à des taux divers, chlorate de potasse, iodure de potassium, etc.

Le Pileur, en 1874, envoie par l'orifice de ponction une fine mèche imbibée de solution de nitrate d'argent à 1 p. 30. Moyenne de guérison : vingt-quatre jours.

Verneuil a employé, en 1888, à la Pitié, l'éther iodoformé, 2 à 4 cc. sans évacuation du pus, injection qui est répétée, si nécessaire, au bout de quelques jours. Humbert utilise le même procédé après évacuation.

M. Constantin, en 1913, emploie un procédé inspiré de Brault, d'Alger : ouverture étroite du bubon, lavage avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100, drainage capillaire par un crin de Florence, pansement compressif. On refait ainsi le pansement tous les deux jours environ. Le septième jour on enlève le crin. Délai de guérison : douze à quinze jours.

b) INCISION LARGE. — Parmi les incisions larges, la plupart ont été faites parallèlement à l'arcade crurale, quelquefois perpendiculairement (Panas et Terillon).

L'incision pure et simple donne de mauvais résultats (chancrellisation à peu près constante de l'orifice). On a fait quelquefois des lavages de la cavité avec les antiseptiques cités plus haut.

M. Bourges emploie le thermocautère au rouge blanc, ponctionne dans le sens du grand axe, évacue le pus, met une mèche et fait des pansements humides au bichlorure de mercure à 1 p. 4.000.

Ces traitements chirurgicaux surtout associés à l'enfumage iodé, à condition que l'incision soit suffisamment large avec pansement iodoformé, permettent encore aujourd'hui, si on laisse la cicatrisation s'opérer par le fond, d'obtenir de

bons résultats. L'iodogallate de bismuth (airol), a permis souvent de hâter la cicatrisation.

L'incision chirurgicale large ne doit donc pas être oubliée; elle constitue un procédé à la portée de tout praticien et peut être encore utile à certains malades vus tardivement.

c) ABLATIONS GANGLIONNAIRES. — De véritables opérations chirurgicales ont été entreprises : en 1843, Diday, de Lyon, avait préconisé la section sous-cutanée des lymphatiques allant du chancre aux ganglions infectés. Méthode qui n'est jamais sortie de la théorie.

L'Hardy, en 1893, conseille l'extirpation avec les doigts après avoir fait une large incision. Il fit des élèves, mais des complications imprévues suivirent : éléphantiasis des grandes lèvres (Riedel), de la jambe (Mirmel), œdème du scrotum (Gadosselin), œdème chronique des grandes lèvres accompagné d'ulcérations (Fr. Koch).

M. le Professeur Audry, de Toulouse, a préconisé cette ablation chirurgicale. Il pratique une large incision perpendiculaire à l'arcade crurale, en dedans des vaisseaux, et extirpe les ganglions avec les doigts un à un sans instrument. Il faut faire une dissection complète du triangle de Scarpa. Suture sans drainage. Cicatrisation de dix à vingt jours habituellement. Quelques auteurs allemands donnent une statistique totale de 627 cas opérés en trente-six jours de moyenne.

M. Clément Simon a insisté sur le danger de tels traitements; il cite le cas d'un soldat ayant un bubon fistulisé chez lequel on pratiqua l'ablation chirurgicale des ganglions de l'aîne, qui eut, quelques jours après, une hémorragie telle qu'elle nécessita la ligature de l'artère iliaque externe, une gangrène du pied s'ensuivit qui nécessita ultérieurement l'amputation.

Cette thérapeutique n'est plus guère utilisée aujourd'hui. Elle n'a que des inconvénients : dangers de l'anesthésie, risques opératoires habituels, suppression du groupe ganglionnaire inguinal. Enfin délai de guérison très long pour aboutir à une cicatrice nécessairement très apparente.

Deuxième partie : Les traitements actuels.

Nous les diviserons en deux grandes catégories :

- I. — Les traitements locaux;
- II. — Les traitements généraux.

I. — Les premiers comprennent eux-mêmes :

- A. — Les procédés mécaniques : Drainage filiforme.
- B. — Les procédés chimiques :
 - Emploi du liquide de Calot;
 - Cuivre colloïdal électrique;
 - Procédé de Fontan et ses dérivés.
- C. — Les procédés physiques :
 - Thérapeutique de la chaleur simple;
 - La radiothérapie;
 - Les rayons ultra-violets;
 - La diathermie de Ravaut.
- D. — Les procédés bactériologiques :
 - a) Non spécifiques : vaccins polymicrobiens;
 - b) Spécifiques : vaccinothérapie locale d'Hababou Sala.

II. — Les seconds se divisent en :

- A. — Méthodes générales non spécifiques :
 - Autohémothérapie;
 - Injections de vaccin T. A. B.;
 - Le lait;
 - Le vaccin de Delbet (Propidon).
 - B. — Méthodes générales spécifiques :
 - Sérothérapie de Reenstierna;
 - Pyothérapie;
 - Antigénothérapie de Rivalier;
- Vaccinothérapie spécifique, enfin, objet direct de notre travail, dont l'étude approfondie, appuyée sur une centaine d'observations, sera faite.

Les traitements locaux.

A. — LES PROCÉDÉS MÉCANIQUES.

LE DRAINAGE FILIFORME. — Le drainage filiforme, « un siphon toujours amorcé », dont la découverte remonte à Chaput, a encore ses partisans dans la thérapeutique du bubon.

Technique. — On transfixe le bubon avec une aiguille de Reverdin et on fait passer par les orifices un ou plusieurs crins de Florence (on a utilisé aussi des catguts). On exprime la collection qui se vide les jours suivants par les orifices. Les crins sont enlevés quand la poche est aplatie et la suppuration tarie.

Résultats. — Cette méthode a été utilisée avec succès par Brault, d'Alger, sans succès par MM. Hudelo et Rabut.

M. Ratelier (1919) donne comme délais de guérison six à douze jours.

M. Floquet, en 1920, dit : « en une semaine en moyenne la source se tarit, les parois de la poche sont juxtaposées et les orifices complètement fermés ».

B. — LES PROCÉDÉS CHIMIQUES.

LE LIQUIDE DE CALOT. — Le liquide de Calot répond à la formule suivante : gaïacol, 2 gr. 50; iodoforme, 1 gramme; huile d'olives et huile de vaseline, 30 grammes de chaque.

Technique. — Exposée dans la thèse de M. Duclos (Paris, 1919). Asepsie de la peau avec teinture d'iode. Ponction du bubon au point fluctuant, évacuation du pus remplacé par une quantité à peu près équivalente de liquide de Calot. La ponction suivie de l'injection sera répétée tous les deux jours jusqu'à guérison. Pansement sec. Repos au lit.

Résultats. — Méthode employée par peu d'auteurs. Duclos donne comme délai moyen de guérison 15 à 20 jours, extrêmes 14 et 28 jours.

LE CUIVRE COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE. — *Technique* (M. Couanet). — On ponctionne en tissu sain avec une assez grosse aiguille, l'aspiration est pratiquée lentement et on évitera de faire saigner. L'évacuation étant opérée, on injecte 2 à 5 cc. de cuivre colloïdal électrique. Même traitement répété chaque jour en diminuant progressivement la quantité de solution injectée. Pansement sec compressif. Spica double de l'aine.

Résultats. — Procédé utilisé par Wertheim, de Vienne. M. Couanet donne comme moyennes 10 jours, extrêmes de 7 à 12, 13 jours.

La méthode de Fontan. — A été imaginée, comme l'indique son nom — par Fontan, médecin principal, en 1889. En Amérique, Otis donne, quatre ans plus tard, dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary disease*, de New-York, quelques résultats de malades traités par sa méthode, qui n'est autre que la précédente. D'où l'appellation quelquefois employée de « méthode d'Otis-Fontan ».

Technique. — La méthode de Fontan type a été modifiée à l'infini par la plupart de ceux qui l'ont expérimentée. La voici telle qu'elle était à l'origine.

Premier temps. — Lavage antiseptique de la région;

Deuxième temps. — Ponction au bistouri à lame étroite;

Troisième temps. — Expression complète du pus par malaxation;

Quatrième temps. — Lavage de la cavité avec la liqueur de Van Swieten dédoublée et chauffée à 45 degrés;

Cinquième temps. — Injection de vaseline iodoformée (iodoforme, 1; vaseline, 10) liquéfiée au bain-marie à 45 degrés;

Sixième temps. — Pansement occlusif (spica). L'auteur le refait dans les jours qui suivent, mais n'exprime pas la poche.

LES MODIFICATIONS APPORTÉES :

Premier temps. — L'asepsie de la région est pratiquée avec des modalités différentes; M. Legault (thèse Bordeaux, 1918), ne fait même pas déshabiller le malade et fait une asepsie minima. La plupart d'ailleurs pratiquent la ponction au lit du malade. Le professeur Petges, M. Guerry et quelques autres opèrent les bubons en suivant les règles de la chirurgie avec les mêmes précautions de propreté et de recherche de l'asepsie.

Il est important, en effet, d'insister sur la nécessité d'abandonner ces errements lamentables, qui consistent à faire d'un service de dermatologie et de vénérologie un service sale où les notions les plus élémentaires, nous ne dirons pas d'asepsie, mais de simple propreté, sont négligées d'une manière qui, pour être traditionnelle, n'en est pas moins lamentable à notre époque, et qui se retrouve encore trop souvent dans ces services.

Trop de dermato-vénérologues méconnaissent fâcheusement que l'asepsie rigoureuse est aussi nécessaire ici que dans un service de chirurgie. Nous avons pu nous rendre compte, dans le service de M. le Professeur Petges, à la Clinique dermatologique de Bordeaux, qui est dirigée dans la manière d'examiner les malades et de faire les pansements suivant les règles élémentaires de la propreté chirurgicale, que les supurations prolongées n'existent plus. Le résultat des interventions telles que le traitement du bubon par la méthode de Fontan donne des succès très heureux, beaucoup plus que si l'intervention avait été menée septiquement.

Deuxième temps. — La position étroite est à peu près observée par tous, qu'elle soit pratiquée avec la pointe du bistouri ou au trocart.

Troisième temps. — Ce temps important — très douloureux — n'est également pas modifié. L'expression doit permettre l'évacuation complète du pus dont les dernières parcelles sont teintées de quelques filets de sang.

Quatrième temps. — Le lavage de la cavité n'est plus guère pratiqué aujourd'hui, que ce soit avec la liqueur de Van Swieten ou avec un autre antiseptique.

Cinquième temps. — La vaseline iodoformée est employée à des taux variant de 10 à 20 p. 100. Parfois (Prof. Petges), la vaseline a été remplacée par la Pommade de Mencièrre comme véhicule dans la proportion 1/3 avec l'iodoforme.

Beaucoup emploient la vaseline iodoformée froide ou à peine tiède. La quantité injectée est approximativement égale au volume du pus retiré.

Sixième temps. — Le pansement occlusif est toujours observé, mais, contrairement au procédé premier, souvent l'expression du bubon est pratiquée à l'occasion des pansements ultérieurs.

Résultats. — MM. Petges, Cottu et Gratiot (Groupement médical de la V^e Région, 10 mai 1918 et *Journal de médecine de Bordeaux*, sept. 1918) expriment soigneusement le pus après ponction étroite au bistouri, injectent la vaseline iodoformée froide, pratiquent un spica et laissent le malade alité. Le pansement est défait du cinquième au neuvième jour, sauf douleur ou température anormale. Il subsiste à ce moment une tuméfaction molle minime, qui disparaît spontanément en quelques jours.

46 bubons ainsi traités ont guéri rapidement :

34 entre 8 et 12 jours;

12 ont dû être réincisés après enlèvement du pansement.

MM. W. Dubreuilh et Mallein ponctionnent avec la pointe du bistouri lorsque la fluctuation est nette, expriment le plus possible le contenu. Ils injectent ensuite la vaseline iodoformée froide à 10 ou à 15 p. 100 à l'aide d'une seringue à injections urétérales ordinaire dont l'embout s'appuie sur l'orifice de ponction. On applique du collodion pour éviter le reflux. Spica de l'aîne. Repos au lit. 48 heures après, le pansement est enlevé, la poche vidée de vaseline, nouveau spica. Le malade peut quitter l'hôpital 4 à 6 jours après. Les auteurs publient, en 1918, 124 cas ainsi traités :

106 succès complets en 4 et 6 jours;

15 insuccès (soit 9,3 p. 100), dont 11 chancrellisations.

M. Guerry (Thèse Paris, 1920) pratique l'anesthésie locale au jet (chlorure d'éthyle), ponctionne au trocart, injecte de la vaseline iodoformée à 25 p. 75, dont il pratique ensuite la réfrigération avec un nouveau jet de chlorure d'éthyle, retire le trocart, fait un spica, n'exige pas le repos des malades. Sur 25 observations : durée moyenne du traitement, 15 à 16 jours; extrêmes, 11 à 19 jours; 1 cas, 23 jours.

Le promoteur de la méthode, Fontan, sur 41 cas, donne :

- 5 guérisons en 24 heures;
- 18 guérisons de 2 à 5 jours;
- 5 guérisons de 5 à 10 jours;
- 6 guérisons de 10 à 15 jours;
- 4 guérisons de 15 à 25 jours.

Otis, sur 16 cas traités :

- 9 guérisons en 6 jours;
- 3 guérisons en 12 jours;
- 1 guérison en 14 jours;
- 1 guérison en 23 jours;
- 2 perdus de vue en cours de traitement.

M. Fournier (1907), sur 183 malades traités à l'Hôpital Saint-Mandrier, de 1889 à 1894 :

- 123 guérisons en moins de 10 jours;
- 30 guérisons de 10 à 15 jours;
- 8 guérisons de 15 à 20 jours;
- 6 guérisons de 20 à 30 jours;
- 16 insuccès ont réclamé un autre traitement.

M. Legault (1918) donne :

- 10 guérisons de 3 à 5 jours;
- 10 guérisons de 6 à 10 jours;
- 2 guérisons de 16 à 17 jours;
- 1 guérison en 2 mois.

Sa moyenne avec traitement ambulatoire est de 6 à 7 jours.

M. Duclos (1919), sur 17 observations de malades, donne

des délais de guérison allant de 8, 9, 12 à 18, 20 jours le plus souvent.

M. Dupuy (1920) a obtenu le chiffre de 6 jours de moyenne.

La durée du traitement est, on le voit, très variable suivant les auteurs, mais les chiffres que nous venons de reproduire nous paraissent correspondre à des séries particulièrement heureuses.

Dans le service de M. le Professeur Petges, sur 25 observations que nous avons relevées de malades traités suivant la technique indiquée, nous trouvons :

- 4 malades ayant guéri en 7 à 9 jours;
- 9 malades ayant guéri en 10 à 15 jours;
- 6 malades ayant guéri en 16 à 20 jours;
- 2 malades ayant guéri en 21 à 25 jours;
- 2 malades ayant guéri en 26 à 30 jours;
- 2 malades ont dû être gardés 33 et 43 jours,

Chez beaucoup d'entre eux on dut adjoindre d'autres thérapeutiques (enfumage iodé, etc.).

Avantages de la méthode de Fontan. — Elle donne issue au pus, et par cela même satisfait l'esprit. Elle peut être ambulatoire. Elle est à la portée de tous les praticiens. On lui doit quelques succès rapides. Après guérison, il n'y a guère de cicatrice apparente si l'orifice de ponction n'a pas dépassé quelques millimètres.

Inconvénients. — C'est une méthode douloureuse, nécessitant un manuel opératoire assez délicat et un certain matériel. Les résultats sont inconstants. La chancrellisation de l'orifice est assez fréquente, dans ce cas, on ne peut espérer la guérison avant des semaines.

Enfin, elle a donné lieu à des accidents par absorption de l'iodoforme au niveau des tissus. MM. Dubreuilh et Mallein ont cité — avec d'autres — des cas d'érythèmes toxiques iodoformiques. Dans un cas, M. Petges a constaté l'existence d'un œdème éléphantiasique de la région voisine du bubon traité, du pénis et des bourses, 3 semaines après l'intervention. La guérison de cet œdème est survenue en 3 mois.

LES PROCÉDÉS DÉRIVÉS DU PROCÉDÉ DE FONTAN. — Ce sont tous ceux qui utilisent l'iodoforme avec un véhicule différent ou avec addition d'autres éléments :

M. Serra, depuis 1907, utilise en injection intraganglionnaire un mélange de glycérine, 60; alcool à 95°, 20; iodoforme, 20, qui permet la guérison en 12 à 16 jours de moyenne; extrêmes, 8 et 22 jours, sur 465 malades.

MM. Hudelo et Rabut (1919) emploient l'huile xyloïodoformée (iodoforme, 1; xylol, 40; huile d'olives, 40), avec laquelle ils obtiennent des guérisons en 8 à 15 jours, mais avec 17,5 p. 100 d'insuccès. Le procédé a été expérimenté avec les mêmes résultats par Farah (thèse Montpellier, 1920).

M. Faucheraud (1920) utilise la glycérine iodoformée à 10 p. 100, ainsi que Somogyi, de Budapest.

C. — LES PROCÉDÉS PHYSIQUES.

THÉRAPEUTIQUE DE LA CHALEUR SIMPLE. — Aubert, qui a reconnu un des premiers la sensibilité du streptobacille à la chaleur, a préconisé (1882) des bains à 42-45 degrés pendant 12, 15 et même 20 heures (il y eut des cas de mort).

Welander, puis Almkvist, ont imaginé des appareils ingénieux soit à circulation d'eau chaude (50°), soit électriques, qui se placent sur le bubon.

Henrotay, d'Anvers, appliquait des briques chauffées.

M. Auréan, en 1918, qui tient lui-même la méthode de Guilloux, enferme une ampoule électrique dans un cône de fer-blanc que l'on place sur la région malade après interposition d'une lame de coton cardé.

Ces moyens, peu répandus chez nous, peuvent être de bons adjuvants et donner des résultats intéressants, associés aux autres thérapeutiques.

LA RADIOTHÉRAPIE. — En 1907, M. Lassueur, de Lausanne, publie une note, dans les *Archives d'électricité médicale*, sur le traitement des bubons par les rayons X.

Avant fluctuation : « 5 unités H sans filtration (plutôt moins), ou 3 1/4 unités H sous 1 millimètre d'aluminium. Rayons nos 6-7-B. » Résorption obtenue dans 80 p. 100 des cas en une dizaine de jours.

Dans le bubon fluctuant : « 5 unités 1/2 H sous 1 millimètre d'aluminium. » Mêmes rayons. On ponctionnera, si nécessaire, à plusieurs reprises. Guérison en 3 semaines.

Dans le bubon fistulisé : « 4 1/2 unités H, rayons 5-6 B », combiné avec lavages de la cavité à l'huile iodoformée; pansement à l'iodoforme cristallisé désodorisé. L'auteur ne donne pas les délais de guérison.

Les rayons X ont été employés surtout à l'étranger. M. Wittig les conseille, dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, en mai 1913. Puis Reiner, de Vienne, les Italiens Mancioni, S. Reines, Paoli.

Le manuel opératoire est très différent de l'un à l'autre : séances courtes ou prolongées, uniques ou répétées. De toute façon, le procédé est coûteux et ne donne que des résultats médiocres.

LES RAYONS ULTRA-VIOLETS. — Ont été utilisés, à l'étranger également, par M. Kautz (1918-19), qui, les associant parfois avec succès aux rayons X, rapporte une cinquantaine de cas. Délais moyens de guérison, 2 à 4 semaines, Extrêmes, 8 jours-3 mois. Par M. Fr. Meyer (1918).

En Italie, M. Tomasone a traité 9 cas, avec des durées d'exposition allant de 5 à 15 minutes, à la distance décroissante de 75 à 40 centimètres, tous les jours ou tous les deux jours. Il a obtenu :

6 guérisons de bubons fluctuants en 7 à 10 jours;

3 guérisons de bubons après ponction en 4 à 7 semaines.

Les rayons ultra-violets paraissent agir par hyperhémie, doublée peut-être d'une action bactéricide. Ils ont les mêmes inconvénients que les rayons X.

LA DIATHERMIE. — Cette méthode, imaginée et appliquée couramment par M. Ravaut dans son service de l'Hôpital Saint-Louis, aurait donné de bons résultats entre les mains de son auteur.

Trop récente encore, nous n'avons pas en mains les éléments suffisants pour pouvoir la décrire et en tirer une opinion définitive.

D. — LES PROCÉDÉS BACTÉRIOLOGIQUES.

a) *Non spécifiques.*

VACCINS POLYMICROBIENS. — M. Pantitch, dans sa thèse (Paris, 1926), rapporte le résultat de son expérimentation dans le service de M. Fournier à Cochin. Il s'agit d'un mélange à parties égales de staphylocoques polyvalents (eau peptonée), de streptocoques et d'entérocoques (eau peptonée glucosée ou lactosée) vieilles de 2 à 3 semaines et stérilisées à 100 degrés, on utilise le liquide de culture et les corps microbiens.

Technique. — On injecte, après évacuation du pus, s'il est collecté, 3 à 5 cc. de vaccin. L'injection est indolore. Le soir même, la température atteint 38, 39 degrés, exceptionnellement 40. Le lendemain, on incise, après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, lavage de la poche avec 20 à 40 cc. de vaccin. Pansement humide au vaccin. Repos au lit la cuisse fléchie sur le bassin. Pansement au bout de 24 heures.

Résultats. — Au début l'adénite se résorbe souvent.

Les bubons fluctuants guérissent en 8 à 12 jours. Sur 100 malades, 90 ont répondu à ces délais.

Sur le bubon fistulisé, la chancrellisation est fréquente. Echec de la méthode.

L'auteur attribue ses succès au « choc local ».

b) *Spécifiques.*

VACCINOTHÉRAPIE LOCALE D'HABABOU SALA. — M. Hababou Sala (thèse Paris, 1923) décrit ainsi la préparation du filtrat qu'il utilise :

« Nous ensemençons des ballons contenant des milieux B. H. S. liquide que nous gardons à l'étuve à la température de 37 degrés pendant 40 à 45 jours. Tous les deux à trois jours, nous agitons ces ballons; après ce délai, nous filtrons sur bougie L³. Le filtrat obtenu est un liquide transparent, ressemblant au bouillon ordinaire, légèrement grisâtre. Par la suite, vu la difficulté de filtrer un milieu aussi riche en culture, nous faisons subir, au préalable, une filtration du liquide sur bougie L¹ ou un papier filtre stérile. Le filtrat, après bougie L³, est réparti stérilement en tubes de 40 cc., qui sont scellés à la flamme. Ces tubes sont finalement portés au bain-marie, pendant 1 heure, à 60 degrés, pour assurer la stérilisation. »

Technique. — On ponctionne le bubon en tissu sain, puis l'on injecte aseptiquement le plus possible de filtrat. On pratique un pansement humide avec le même liquide, puis on recouvre de gutta-percha fixée par du sparadrap ou du collodion. On renouvelle ainsi le pansement chaque jour. Aucun autre traitement n'est appliqué, le malade ne s'alite pas.

Résultats. — Au bout de 3 jours, le bubon est complètement à plat. Le quatrième, on peut le considérer comme complètement guéri (Hababou Sala).

MM. Lortat-Jacob et Lerasle ont eu avec cette méthode 4 cas de guérison complète rapide, mais 3 cas ont évolué vers la fistulisation.

MM. De Assis et Fraga ont préparé eux-mêmes, en 1926, un filtrat de bacilles de Ducrey, qu'ils ont employé sous forme de pansements locaux ou sous forme de mèches humides. Ils ont obtenu des résultats médiocres.

*
* *

Tout récemment, MM. H. Gougerot, Ed. Peyre et Basset ont essayé de traiter le bubon par le bactériophage de d'Hérelle en injection intraganglionnaire. Ils ont recherché une race de bactériophage capable de lyser le streptobacille de Ducrey.

Quatre malades ainsi traités ont guéri en 5, 7, 10 et 12 jours. La méthode n'a pas encore été suffisamment expérimentée pour permettre de tirer des conclusions utiles.

II. — Les traitements généraux.

A. — NON SPÉCIFIQUES.

AUTOHÉMOTHÉRAPIE. — Les promoteurs de la méthode sont : M. Nicolas et ses élèves, MM. Lacassagne, Lebœuf, Lepinay, de l'Ecole de Lyon, en 1923.

Technique. — On prélève dans les veines du pli du coude une certaine quantité de sang, variable suivant les auteurs, qui est immédiatement réinjectée au malade par voie intramusculaire dans la fesse.

MM. Nicolas et Lacassagne font 5 cc. la première fois, puis 10 cc. les autres. Les injections sont pratiquées tous les deux jours. Parmi leurs malades, beaucoup viennent de l'extérieur et n'observent pas le repos.

M. Falcoz (thèse Paris, 1925) commence par 2 cc. puis 5 et 10 cc. tous les 2 à 3 jours jusqu'à guérison.

Résultats. — D'après les auteurs, le premier avantage est une sédation de la douleur, « parfois un quart d'heure après l'injection ». Cette injection donne, au début, un coup de fouet à la suppuration. Les suivantes aboutissent à la résorption progressive. Aucune influence sur l'évolution du chancre.

Il s'agit là d'une thérapeutique de choc.

MM. Nicolas et Lacassagne publient en 1925 14 observations, parmi lesquelles il s'agissait 11 fois de bubon fluctuant. Dans 5 de ces 11 cas, une fistulisation spontanée a eu lieu au cours du traitement ou bien la ponction préventive a été nécessaire. Les 3 bubons non fluctuants au début n'ont pas suppuré. Nombre des injections nécessaires : 5 à 6 en moyenne.

Les auteurs ajoutent : « dans un quart environ des cas,

cette méthode de traitement se montre dénuée de toute efficacité. »

M. Falcoz, sur 12 cas, a eu 10 succès complets, mais signale la grosse influence du repos, sans lequel l'amélioration traîne. Durée : 20 jours environ.

M. Massias (1923) signale l'inconstance des résultats.

M. Glussellas, en 1927, pense que dans 70 p. 100 des cas l'autohémothérapie empêche la suppuration, il a obtenu avec elle quelques résultats heureux.

En somme, l'autohémothérapie est une méthode inconsistante, les délais de guérison sont longs, elle nécessite obligatoirement le repos, sans lequel elle perd une partie de sa valeur.

INJECTIONS DE VACCIN T. A. B. — Dans le but d'obtenir des phénomènes thermiques, MM. Nicolas et Lacassagne ont eu l'idée d'utiliser le vaccin T. A. B. par la voie intraveineuse.

Technique. — Ces auteurs employaient au début le vaccin normal, contenant : 2 milliards de bacilles typhiques, 1 milliard de para A, 1 milliard de para B. par cc. (au total 4 milliards). Au début, ils employaient un quart de cc. (soit 1 milliard de corps microbiens), puis on atteignait progressivement 1 cc. Les réactions étaient violentes, 40-41 degrés, avec des poussées d'herpès presque constantes.

Actuellement, les mêmes auteurs et leurs élèves commencent par injecter 250 millions de germes, et, d'après les réactions obtenues, font dans les jours qui suivent, avec intervalles de 1 à 2 jours, des doses progressives allant de 250 à 500 puis 700 millions, 1 milliard, exceptionnellement 1 milliard 250 millions.

Réactions. — Les réactions sont vives : frisson violent avec claquement des dents; température élevée, autour de 39-40 degrés; dyspnée légère; tendance aux lipothymies; nausées; vomissements; herpès fréquent.

Résultats. — MM. Nicolas et Lacassagne publient, en 1926, 24 cas traités ainsi. Les bubons fluctuants se sont résorbés.

Durée moyenne du traitement, 12 jours. 2 échecs (soit, 8,3 p. 100). Sur le chancre lui-même, résultats beaucoup moins heureux.

M. Lombard (thèse Lyon, 1926) cite 52 observations. Il a été pratiqué de 2 à 9 injections :

- 4 bubons au début guérissent en 6 à 17 jours;
- 18 bubons à la période inflammatoire sont résorbés en 6 à 22 jours;
- 25 bubons fluctuants donnent :
 - 20 succès de 4 à 24 jours (parmi eux, 3 se sont fistulisés, 3 ont été ponctionnés);
 - 5 échecs;
- 5 bubons déjà fistulisés :
 - 3 ont guéri entre 7 et 16 jours;
 - 1 s'est chancrellisé;
 - 1 a été perdu de vue.

Les délais moyens semblent donc être de 12 à 15 jours dans les cas heureux. L'auteur conclut :

Sur chancre simple, 100 p. 100 d'échecs;

Sur chancre avec adénite, 64,25 p. 100 d'échecs.

M. Garcia Lazo, de Madrid, en 1926, emploie seulement 40 millions de bacilles par injection, en pratique de 2 à 5, obtient la guérison en 10 à 15 jours de moyenne et constate, lui, que « le chancre guérit tout aussi rapidement que le bubon ».

Les avis sur cette méthode sont très partagés; les succès ont été limités, au prix pourtant de réactions très violentes.

LE LAIT. — Le lait a été préconisé dans la thérapeutique du bubon par Schmidt, Saxl, Krauss, R. Müller, Weiss et Scherber, Berndt, Kansenson. Ce sont, en effet, les Allemands qui en ont étudié les premiers les effets. A Strasbourg, Mendel. Enfin, les Italiens, Lorenzo Marrini et Cattaneo.

En France, à Lyon, M. Bonnet (1922), MM. Juvin, Sauvez (1922), puis MM. Vigne, Fournier et Acquiviva (1926), Mar-

garot (1928). A peu près tous ceux qui ont eu l'occasion de traiter le chancre mou l'ont essayé.

La plupart emploient le lait ordinaire stérilisé par la chaleur (ébullition pendant 15 minutes); d'autres le filtrent seulement ou l'étendent d'eau. Les Allemands ont préparé des solutions avec l'albumine retirée du lait sous le nom de « caséosan », « aolan », « ophtalmosan », « albusol », utilisés par voie intraveineuse quelquefois. (M. Kiess, en 1921, rapporte 2 cas de mort par septicopyohémie à la suite d'injections de caséosan).

Technique. — La voie intramusculaire est adoptée à peu près par tous, quelquefois sous-cutanée (MM. Sauvez, Margarot). Rien n'est plus inconstant que la quantité injectée.

M. Lorrenzo Marrini injecte de 1 à 6 cc. M. Margarot commence à 2 cc. et augmente de 1 cc. chaque fois, au total 5 à 6 piqûres. M. Berndt, 3 à 10 cc., M. Sauvez, 5 cc. la première fois, 7 cc. les autres.

Tous font les injections tous les 2 à 3 jours.

Réactions. — La température monte le jour même de l'injection. La fièvre, variable (39°-40°), s'accompagne de céphalée, courbatures, nausées, diarrhée. Divers auteurs signalent immédiatement après l'injection la cyanose des extrémités, de violentes douleurs de tête, parfois perte de connaissance et collapsus.

Margarot dit que beaucoup de malades ne présentent aucune réaction fébrile avec les doses qu'il emploie.

Résultats. — M. Berndt a des guérisons en 8 à 15 jours. M. Lorrenzo Marrini en 4 à 12 jours.

En France, M. Margarot (1928) obtient la rétrocession avec 5 à 8 injections (tous les 2 jours), soit 8 à 14 jours.

MM. Bonnet et Juvin ont traité 13 malades porteurs de bubons fluctuants plus ou moins avancés :

- 8 se sont fistulisés spontanément ou ont dû être ponctionnés, dont 1 suivi de chancrellisation de l'orifice;
- 4 ont guéri sans autre thérapeutique;
- 1 a été perdu de vue en cours de traitement.

Parmi eux : 4 ont demandé 10 à 15 jours de traitement; 4, 17 à 19 jours; 1, 34 jours; 1, 39 jours; 1, 55 jours.

MM. Vigne-Fournier et Acquiviva donnent comme durée moyenne 15 jours (extrêmes, 11 et 22).

L'action sur le chancre est à peu près nulle.

LE VACCIN DE P. DELBET. — Nous ne ferons que signaler ici son utilisation dans le traitement du bubon comme élément permettant d'obtenir des phénomènes de choc.

Le vaccin de Delbet (association de cultures, atténuées par la chaleur et le vieillissement, de streptocoques, staphylocoques et bacilles pyocyaniques : « Propidon ») a été utilisé par MM. Garriga (1922), Pontoizeau, avec quelques bons résultats, Gougerot, P. Blum. Ce dernier signale l'intensité des réactions obtenues.

AUTRES PROCÉDÉS NON SPÉCIFIQUES. — De nombreuses méthodes similaires ont été imaginées, soit dans le simple but de créer un accès fébrile, soit en vue d'obtenir des phénomènes de choc protéique, analogues en cela à ceux que nous venons d'étudier.

C'est ainsi que Gay Prieto a traité des bubons en inoculant la souche de paludisme qu'il utilise pour le traitement de la parasymphilis, mais il constate que, même après 6 accès à 40 degrés, les lésions sont à peine modifiées.

M. Almkvist (1915) obtient un choc intense en injectant au malade de la tuberculine ou de l'acide nucléinique.

Quelques expérimentateurs ont essayé la Soluprotine Roche (solution à 10 p. 100 de protéine solubilisée).

B. — SPÉCIFIQUES.

SÉROTHÉRAPIE ANTISTREPTOBACILLAIRE DE REENSTIERNA. —

M. Reenstierna présenta pour la première fois à la Réunion biologique de Suède, en 1921, son « sérum contre le chancre mou, spécialement contre le bubon chancrelleux », avec le-

quel il a obtenu de bons résultats. « La durée du traitement des bubons, qui, d'après plusieurs statistiques était de 1 mois 1/2 et plus, a été réduite à un peu plus d'une semaine. »

Pour préparer son sérum, M. Reenstierna immunise des béliers par des injections intraveineuses d'une émulsion de streptobacilles dans de l'eau physiologique. Ce sont soit des cultures vivantes, soit des cultures âgées mortes. L'injection est faite tous les 2 ou 3 jours avec des quantités croissantes, mais avec précaution (plusieurs fois les animaux sont morts). L'immunisation demande environ 6 semaines. 9 jours après la dernière injection, le bélier est saigné à blanc. Le sérum ainsi obtenu est filtré et additionné de 0,5 p. 100 d'acide phénique. On contrôle ensuite sa stérilité, en particulier l'absence de spores tétaniques.

Le produit ainsi obtenu est réparti en fioles de 10 cc. Il fixe l'alexine, par conséquent contient bien des anticorps actifs contre le streptobacille.

M. Reenstierna a modifié ultérieurement ce sérum par addition de bacilles typhiques morts lui donnant une plus grande activité.

Technique. — On pratique une injection intramusculaire de 10 cc., qui suffit, en général, dit l'auteur. Mais on pourra en pratiquer une seconde. Si le bubon est fluctuant, il est nécessaire de le ponctionner ou de pratiquer une petite incision.

Réactions. — Quelques heures après l'injection survient un frisson, la température monte de 39 à 41 degrés. La réaction locale est intense.

Résultats. Sur 14 observations totales, dont 12 bubons non ouverts ou ayant un orifice minime, l'auteur a 10 guérisons en un peu plus d'une semaine. 2 échecs pour lesquels il y aurait eu erreur de diagnostic. 2 bubons largement ouverts ont guéri : l'un en 11 jours; l'autre, en pleine activité, datant de 13 mois, s'est cicatrisé en 23 à 30 jours.

Dans une deuxième statistique intéressant 153 sujets, la

guérison rapide a été obtenue dans 8 cas avec deux seules injections de 40 cc., espacées de 3 à 5 jours. Délais de guérison, 8 à 10 jours.

La méthode paraît avoir donné de beaux résultats entre les mains de M. Reenstierna. Elle demande, pour être maniée, quelques précautions puisqu'il s'agit d'un sérum : il faudra s'assurer que le sujet n'est pas en état d'anaphylaxie. Les piqûres, pour cette même raison, ne pourront être espacées de plus de 8 à 10 jours et mettront désormais le malade en état d'anaphylaxie. Enfin elle expose aux accidents sériques.

Pyothérapie. — Cette méthode a été imaginée et décrite sous le nom de « vaccinothérapie » par Cruveilhier en 1921 (compte rendu de la Société de biologie, 25 février 1922); elle a été expérimentée par MM. Boidin et Turpin en 1923, surtout par MM. Vigne, Fournier et Acquiviva en 1926.

Voici comment est préparée l'émulsion microbienne : on prélève au niveau d'un bubon en activité 1 cc. de pus, que l'on mélange à 20 cc. de sérum physiologique. On répartit en ampoules de 1 cc. et l'on chauffe au bain-marie à 50 degrés pendant 1 heure. Le produit est prêt à l'emploi.

Technique. — L'injection est faite intramusculaire à doses croissantes de $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 cc., quelquefois 2 cc., tous les 2 à 3 jours.

Résultats. — MM. Vigne, Fournier et Acquiviva, dont nous venons d'exposer la technique, ont traité ainsi 30 malades. Les réactions minimales ont donné une température voisine de 38 degrés. Exceptionnellement, dans 3 cas, elle a été de 38°9, 38°8, 39°2. La guérison a été obtenue en 16 jours en moyenne (extrêmes, 6, 10 et 22 jours). Certains malades ont été traités avec leur propre pus sans que les résultats soient meilleurs.

Les auteurs ont eu deux échecs complets dans des bubons chancrellisés.

Antigénotherapie de Rivalier. — MM. Rivalier, Teissier et Reilly préparent ainsi le produit qu'ils emploient sous le nom de « streptobacilline » :

Les bacilles sont isolés soit sur milieu de Ch. Nicolle et Reenstierna (gélose au sang de lapin défibriné), soit sur gélose au sang de mouton défibriné (Durand). Pour l'extraction des protéines bacillaires, ils utilisent soit la lyse des microbes à chaud, soit la technique employée par Besredka pour la préparation des endotoxines microbiennes.

La streptobacilline brute ainsi obtenue contient des nucléoprotéines, des globulines. Les premières, mal tolérées, sont écartées. La streptobacilline purifiée est obtenue.

Les auteurs emploient la voie intramusculaire ou intraveineuse (1 cc. maximum). L'effet thérapeutique se prolonge pendant 2 à 3 jours, accompagné de phénomènes inflammatoires. Ils ont obtenu de bons résultats sur le bubon comme sur le chancre.

CHAPITRE VI

LA VACCINOTHERAPIE SPECIFIQUE

HISTORIQUE.

Les premières tentatives de vaccinothérapie dans le chancre mou furent faites en 1912 par Tamara, puis Nakato et Takemoto qui préparèrent dans ce but une émulsion de streptobacilles tués.

L'année suivante, c'est-à-dire en 1913, Ito fit des recherches plus poussées que celles de ses prédécesseurs à la clinique de Breslau sous l'inspiration de Brück.

Ito prépare une émulsion, dans l'eau physiologique, de cultures fraîches de streptobacilles sur agar au sang de lapin. Ces cultures sont tuées par la chaleur par séjour au bain-marie à 60 degrés pendant 2 heures.

Le vaccin ainsi préparé est administré par voie intramusculaire.

12 malades porteurs de bubon sont ainsi traités. La guérison est obtenue après deux injections, quelquefois une seule, dans un temps moyen de 8 jours. Sur le chancre lui-même deux succès seulement.

Quelques années plus tard, T. Kurita, médecin de la marine japonaise, prépare un vaccin analogue et traite 18 malades atteints de bubon chez lesquels il constate une sédation rapide de la douleur et une résorption plus précoce.

Stumpke a publié des tentatives du même ordre.

Le vaccin de Nicolle.

En octobre 1924, MM. Ch. Nicolle et P. Durand, de l'Institut Pasteur de Tunis, publient le procédé qu'ils emploient pour

la fabrication d'un vaccin antistreptobacillaire destiné à être injecté par voie intraveineuse.

Préparation. — MM. Nicolle et Durand partent d'une culture sur gélose au sang ayant séjourné de 24 à 36 heures à l'étuve. Cette culture est additionnée d'eau physiologique stérile (sans bille, afin de ne pas fragmenter le milieu). On frotte doucement la surface à l'aide d'une pipette recourbée. Après centrifugation, le liquide surnageant est jeté. Le culot restant est agité avec des billes de verre et on ajoute un volume d'eau physiologique stérile égal à celui du liquide de surface qui a été jeté. On procède une deuxième fois à cette opération dans un nouveau tube.

L'émulsion microbienne ainsi obtenue est homogène et stable. On laisse 12 heures à la glacière puis on décante le liquide de surface qui sera seul utilisé.

Il suffit alors d'ajouter à cette émulsion la quantité d'eau physiologique nécessaire pour l'amener à l'état d'opacité « que présentent les émulsions de bacilles typhiques utilisées pour le sérodiagnostic, correspondant environ à 450 millions de bacilles typhiques par centimètre cube. »

Cette émulsion, qui est celle employée pour l'intradermo-réaction, doit être dédoublée pour l'obtention du vaccin qui contient ainsi 225 millions de bacilles de Ducrey par centimètre cube. On additionne enfin de 2 p. 100 d'acide phénique pur qui tue presque instantanément les bacilles, puis on répartit en ampoules.

Le produit ainsi obtenu est une émulsion très stable se conservant plusieurs années, surtout si on garde les ampoules à l'abri de la lumière et, si cela est possible, à la glacière.

EXPÉRIMENTATION DE M. CH. NICOLLE.

M. Nicolle a expérimenté son vaccin sur un singe de forte taille dont la température moyenne était de 38°3. Après une injection intraveineuse de 0 cc. 5, soit 112 millions de bacilles environ, la température atteint, au bout de trois heures, 39°5.

Il fit avec sa méthode le traitement de 41 malades avec 40 succès, 1 seul échec :

23 sujets étaient porteurs de chancre mou sans bubon;
ils guérèrent en 12 jours de moyenne;

13 sujets étaient porteurs de chancre avec bubon; ils
guérèrent en 16 à 17 jours.

4 de ces malades, chez qui le traitement avait été interrompu trop tôt, présentèrent des rechutes guéries de nouveau, avec le même traitement, en 4 jours et 6 jours.

M. Ch. Nicolle pratique le traitement ambulatoire et précise que c'est là un avantage de la médication.

Il indique comme posologie :

Dans les cas moyens : 0 cc. 75, 1 cc., 1 cc. 5, 2 cc., tous les 2 jours;

Dans les cas graves : 1 cc., 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc., en rapprochant les injections si cela est nécessaire.

LES DIVERS EXPÉRIMENTATEURS.

Dès que les résultats obtenus par Nicolle et ses collaborateurs furent connus, un grand nombre de ceux qui avaient à traiter des lésions chancrelleuses demandèrent à l'Institut Pasteur de Tunis quelques échantillons de l'émulsion type pour l'expérimenter. La plupart eurent d'excellents résultats :

MM. Drubreuilh et Broustet publient en 1923 14 observations de malades porteurs de chancre mou, accompagné ou non de bubon, dont 3 phagédéniques. Ils obtiennent de bons effets sur le phagédénisme. Les bubons guérissent rapidement, la lésion chancrelleuse elle-même n'est pas aussi bien influencée.

M. Massias, en 1923 également, a vu des chancres guérir en 8 à 10 jours. Les bubons ne se sont jamais fistulisés en cours de traitement, ceux qui l'étaient déjà ont été plus lents à s'améliorer.

MM. Vigne, Fournier et Acquaviva, en 1926, ont traité 6 malades qui ont guéri en 10 jours de moyenne (extrêmes 4 et 16 jours).

LE « VACCIN DE NICOLLE » DU COMMERCE.

Il existe actuellement dans le commerce une émulsion analogue, dont nous n'avons pu connaître les détails de préparation, émulsion de culture de bacilles de Ducrey tués par le fluorure de sodium et répondant à la formule :

Bacilles de Ducrey, 225 millions;

Fluorure de sodium, 1/1.000;

Eau physiologique phéniquée, 5/1.000;

pour un ampoule de 1 cc.

Les ampoules contiennent : 1 cc., 1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc., correspondant respectivement à 225 millions, 335 millions, 450 millions, 550 millions, 675 millions.

C'est ce produit qui a été utilisé pour les malades dont nous étudions les réactions.

RÉSULTATS OBTENUS AVEC LE « VACCIN DE NICOLLE »
DU COMMERCE.

Nous ne saurions relever ici les conclusions de tous ceux qui ont fait des travaux ou des communications sur le vaccin du commerce. Nous devons cependant noter très rapidement les résultats obtenus après avoir rappelé qu'il a été quelquefois injecté par voie intramusculaire.

LA VOIE INTRAMUSCULAIRE. — Les fortes réactions qui suivent l'injection intraveineuse, et dont nous aurons l'occasion de parler dans les pages qui vont suivre, ont suggéré à quelques auteurs l'idée d'utiliser la voie intramusculaire permettant ainsi au liquide de se résorber très progressivement sans choc marqué.

C'est ainsi que M. Levy-Franckel, en 1926, a expérimenté sur 9 bubons qui ont guéri en moins d'un mois. Sur le chancre, action moins favorable. L'auteur affirme que la voie intramusculaire ne s'est pas montrée inférieure à la voie

intraveineuse. Les délais rapportés paraissent pourtant bien longs. Il faut reconnaître que les malades n'ont pas été alités et ont continué leur travail.

MM. Hudelo et Garnier pratiquent aussi (1928) l'injection intrafessière. La première fois ils injectent 2 à 3 cc. de vaccin. 2 ou 3 jours après, même dose si la température a été élevée, 4, 5 et 6 cc. si elle a été modérée. Les résultats sont, disent-ils, aussi heureux.

LA VOIE INTRAVEINEUSE. — Nous ne donnerons pas les résultats de MM. Conseil, Jamin et Poirson (1924) qui ont été obtenus avec le vaccin de Nicolle d'origine, ainsi que ceux de MM. Laederich et Weill-Spire (1925).

M. Lortat-Jacob (1926) obtient sur le chancre 30 p. 100 de guérisons seulement et signale : « l'indication majeure de la vaccinothérapie est le chancre compliqué de bubon ».

M. Krikorian (1926) a guéri des chancres simples en 8 et 9 jours, des bubons en 12 et 13 jours.

M. Fuchs (1926) a 38 p. 100 de succès sur le chancre seul, 100 p. 100 sur le bubon non fluctuant (26 cas), 87 p. 100 sur le bubon fluctuant (23 cas, avec 9 ponctions ou fistulisation spontanée).

MM. Nicolas et Lacassagne (1927) sur le chancre a 38 p. 100 de guérisons. Sur le bubon non fluctuant, succès à peu près constant, sur le bubon fluctuant, 87 p. 100. Temps moyen d'hospitalisation : une dizaine de jours.

M. Hutan (1927) sur le chancre a 33 p. 100 de succès, sur le bubon 90 p. 100. S'ils sont fistulisés, les résultats sont moins heureux. Durée de traitement du bubon, 15 à 18 jours.

MM. Nicolas et Lacassagne (1927) sur le chancre ont 38 p. 100 de guérisons. Sur le bubon non fluctuant, succès à peu près constant, sur le bubon fluctuant, 87 p. 100. Temps moyen d'hospitalisation : une dizaine de jours.

MM. Lortat-Jacob et Poumeau-Delille (1928) ont entre 30 et 50 p. 100 de guérisons dans le chancre seul. « L'indication majeure de la vaccinothérapie est le chancre compliqué de bubon ».

M. Ch. Laurent (1928) : « Sur le bubon fluctuant, même prêt à s'ouvrir, on peut dire qu'à tous les coups l'on gagne. »

M. Hudelo (1928) signale que l'action est irrégulière sur le bubon fluctuant; « le triomphe de la vaccinothérapie est le bubon inflammatoire ».

M. L.-M. Pautrier (1928) dit l'inconstance de l'action de la vaccinothérapie et ajoute : « La vaccinothérapie est le traitement de choix du bubon, mais le traitement local du chancre mou conserve ses indications. »

Le traitement du bubon chancrelleux par la vaccinothérapie d'après 110 observations de malades, traités à la clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux.

(Dues à l'obligeance de M. le Professeur Petges.)

Ces 110 observations ont été prélevées sur un total de 300 environ de 1925 à 1931.

Pendant deux années, nous avons pu suivre un grand nombre de ces malades que nous avons répartis ici en quatre groupes :

- 1° Les malades porteurs de bubons non fluctuants;
- 2° Les malades porteurs de bubons fluctuants;
- 3° Les malades porteurs de bubons fistulisés;
- 4° Les malades porteurs de bubons chancrellisés.

CONDUITE DU TRAITEMENT.

Le produit utilisé est le vaccin de Nicolle du commerce avec les doses correspondant au contenu des ampoules successives : 225, 335, 450, 550, 675 millions de germes.

PREMIÈRE INJECTION. — Le jour de la piqûre le malade n'est pas habituellement à jeun, mais a pris, deux heures environ avant, du café au lait accompagné d'un peu de pain.

Avant chaque piqûre on recherche l'albumine dans les urines. Dans le cas où on en reconnaît la présence, on renonce, au moins jusqu'à nouvel ordre, à la thérapeutique vaccinale,

de même si on reconnaît l'existence d'une lésion de l'appareil cardio-vasculaire.

L'ampoule est agitée vigoureusement afin d'éviter que le culot microbien ne reste inutilisé.

L'injection est pratiquée vers 9 heures; elle est faite strictement intraveineuse dans une pièce à part voisine des salles. La première dose est celle correspondant à 225 millions de corps microbiens. Le malade regagne aussitôt son lit pour la journée, au cours de laquelle il n'absorbera, en tout et pour tout, que quelques tasses d'infusion de tilleul.

La température est prise toutes les deux heures jour et nuit jusqu'au retour à la normale.

Aucun traitement local ni pansement n'est appliqué sur le bubon, à moins que celui-ci ne soit déjà fistulisé ou qu'il ne s'ouvre spontanément en cours de traitement.

Le chancre, lui, est traité pour son propre compte par des lavages au tartrate ferrico-potassique à 40 p. 1.000 suivi de poudrage à la poudre d'iodoforme. De temps en temps on pratique un enfumage iodé. Lorsque la petite ulcération approche de la cicatrisation, on applique une pommade à l'aristol.

INJECTIONS SUIVANTES. — Les injections successives ne sont faites que lorsque toute réaction thermique correspondant à la précédente a disparu depuis 24 heures au moins. Cette réaction étant plus prolongée après la première dose (225 millions), celle-ci sera toujours, sauf très rares exceptions, suivie de 2 jours de repos complet. Pour les autres, elles seront pratiquées en principe tous les deux jours, correspondant aux doses croissantes de 335, 450, 550, 675 millions. Si nécessaire, cette dernière sera répétée une fois. Les précautions observées dans la journée sont identiques à celles prises après la première injection (repos au lit, jeûne complet sauf infusions).

Les jours intercalaires, les malades se lèvent mais ne quittent guère la chambre. On leur donne à manger et à boire normalement.

Le total des injections ne dépasse jamais 6 pour une série; il est en moyenne de 4, souvent de 3.

RÉACTIONS GÉNÉRALES.

PREMIÈRE INJECTION. — Le malade a reçu sa piqure vers 9 heures, il est alité.

Deux heures après environ, il éprouve une sensation de froid qui se manifeste par un grand frisson accompagné fréquemment de claquement des dents. Il réclame des couvertures. La température prise alors s'est élevée à 38°5-39, et continue à monter assez rapidement, atteignant un premier clocher de 4 à 6-8 heures après l'injection, quelquefois plus tard. Ce point est assez variable d'un sujet à l'autre, de même qu'il n'est pas possible de prévoir chez un sujet donné quel sera le maximum thermique.

Ce maximum oscille autour de 40°, presque toujours entre 39°5 et 40°6. Plus rarement il atteint 40°7-40°8. Nous l'avons vu quelquefois atteindre 40°9, exceptionnellement 41.

Le frisson est suivi d'un stade de sueurs profuses, le malade est abattu, a de la céphalée. On observe à peu près régulièrement le rejet d'une partie du tilleul absorbé, rejet qui se fait à deux ou trois reprises dans les premières 24 heures.

L'insomnie est la règle pendant la première nuit. Au matin, le malade se plaint de courbatures, éprouve une grande lassitude, il a de la peine à se lever et n'a guère d'appétit. A midi, il prend sans conviction un peu de bouillon, du lait, du café au lait. Il est encore fatigué l'après-midi, mange peu le soir et ne commence à s'endormir que vers le milieu de la deuxième nuit.

Le troisième jour il se réveille un peu las, mais passe la journée normalement.

INJECTIONS SUIVANTES. — Les réactions sont beaucoup moins intenses, le malade a encore quelques douleurs de tête, quelques régurgitations liquides, des courbatures.

La température, moins élevée, revient à la normale le lendemain matin. Il n'est resté alité que 24 heures, le surlendemain il recevra la dose suivante.

ETUDE DE LA TEMPÉRATURE.

Nous avons reproduit un certain nombre de feuilles de température : 1 pour 5 observations environ.

Notre seule préoccupation dans leur choix a été de prendre celles de malades ayant reçu un minimum de 4 injections, afin que leur vue soit plus démonstrative.

Elles ne constituent donc nullement des feuilles types, choisies pour l'intensité des réactions, pas plus qu'elles ne correspondent à des cas particulièrement heureux de guérison.

La température, nous l'avons dit, est prise toutes les deux heures sans interruption, jusqu'au retour à la normale.

PREMIÈRE INJECTION. — La température commence à monter à la fin de la deuxième heure qui suit l'injection environ. Son ascension est rapide. Il n'est pas rare de voir une différence brusque de 2 à 3 degrés, quelquefois davantage, entre deux des premiers points de la courbe (feuilles des observations XXXIII, XXXVIII, LIV, LXXVII). sans que le maximum soit encore atteint. La progression se ralentit alors, le maximum avoisine 40, 40°5, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, plus rarement ou exceptionnellement 40°8, 40°9, et même 41 (feuilles des observations XXXIII et LIV) dont le maximum est particulièrement élevé).

La température se maintient ainsi, avec des variations de quelques dixièmes, pendant 2 heures, 4 heures, 6 heures ou davantage. Quelquefois 1 heure et même moins. Elle subit alors une première rémission correspondant très souvent au milieu de la nuit.

Cette rémission est de courte durée : 2 heures; elle est suivie d'une ascension nouvelle, plus ou moins brusque, n'atteignant pas habituellement le premier clocher (feuilles de tem-

pérature des observations XXXIII, LIV, LXIV, LXXVII, etc.), quelquefois le dépassant de 1, 2, 4 dixièmes (feuilles des observations VIII, XXXVIII, XLIX, LIX, etc.), se maintenant peu. Elle est suivie d'une nouvelle défervescence qui se poursuit pendant la journée du lendemain.

La température normale est invariablement constatée le surlendemain de cette première injection vers 8-9 heures du matin.

Il résulte de cette analyse que, dans tous les cas, il existe un point d'inflexion de la courbe variablement situé dans le temps, plus ou moins accentué, mais constant, lui donnant l'aspect général d'un M majuscule plus ou moins aplati ou irrégulier. (Voir les courbes reproduites.)

AUTRES INJECTIONS. — A la suite des autres injections, dont l'intensité est cependant croissante, les réactions thermiques diminuent de l'une à l'autre d'intensité et de durée.

Le maximum est souvent plus précoce, habituellement inférieur de quelques dixièmes à celui de la piqûre précédente, se maintient peu.

Le lendemain matin, à 8-9 heures, la température est redevenue normale toujours.

Il est quelques exceptions : soit que les maxima successifs soient à peu près équivalents (feuilles des observations VIII, XXVIII, XLIX et les observations), soit qu'ils croissent (feuille de l'observation LXVIII par exemple), mais ce n'est pas là la règle habituelle.

Il est à remarquer que la deuxième courbe présente très souvent elle aussi une inflexion, les autres beaucoup moins.

VARIATIONS DU POULS. — Nous avons pris régulièrement le pouls de quelques malades correspondant aux divers points de la feuille des températures sur laquelle nous l'avons reproduit pour l'observation n° LXXXI, fig. 16.

Nous avons constaté un parallélisme régulier. Il est exceptionnel que la fréquence soit supérieure à 120, le pouls est bien frappé, n'offre rien de spécial.

LA TENSION ARTÉRIELLE. — Au moment du maximum thermique et à l'occasion de chaque injection, nous avons pris la tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon.

La maxima et la minima subissent une baisse constante. Cette baisse est variable suivant la tension initiale du sujet, elle est en moyenne de 2 degrés pour la maxima, de 1 pour la minima. L'index oscillométrique voit son amplitude diminuée de 1 à 2, quelquefois 3.

En somme, il n'est à signaler aucune modification inquiétante de la tension sanguine.

LES SELLES ET LES URINES. — Du côté des selles, les malades ne présentent rien de particulier, nous n'avons jamais constaté de selles diarrhéiques.

Les urines, le jour de la piqûre, sont moins abondantes (malgré l'ingestion d'infusions); leur quantité varie de 700 à 800 cc., elles ont l'aspect des urines fébriles : foncées, parfois troubles ou laissant un léger dépôt.

Nous n'avons pas recherché à ce moment-là la présence de l'albumine ni le taux des divers éléments, mais le surlendemain matin il n'y avait rien de spécial à l'occasion de l'injection suivante.

Pendant les repos, une débâcle relative se produit, réalisant, en somme, le tableau répondant à tout accès thermique banal.

RÉACTIONS ANORMALES.

Nous n'avons jamais noté de réactions autres que celles que nous venons de rapporter et dont l'intensité varie seulement suivant les sujets.

Depuis cinq années que le vaccin de Nicolle est utilisé régulièrement dans le service de M. le Professeur Petges, pas un seul accident ne nous a été signalé.

Il est à remarquer pourtant qu'un examen sommaire est seul pratiqué, avec l'examen des urines, et que les malades ne sont pas toujours dans des conditions de résistance parfaite à leur arrivée (manœuvres, etc.).

Dans la littérature médicale, les cas en sont rares, il s'agit le plus fréquemment d'une éruption herpétique passagère :

MM. Tixier et Bize, en 1926, ont rapporté quelques cas d'accidents de cet ordre au cours du traitement.

Une fois, après la 3^e injection, volumineux œdème labial dû à un herpès de la région ayant duré 8 jours. Une fois, après la 4^e injection, l'éruption a lieu au niveau de l'angle interne de l'œil gauche. Après la 3^e, herpès du cou ayant duré 5 jours. Après la 3^e encore, herpès labial durant 1 semaine.

M. Ch. Laurent, en 1928, relate un cas de mort brusque dans la nuit chez un Arabe de 35 ans, n'ayant aucune tare apparente, après une injection de 0 cc. 5 de vaccin de Nicolle. L'autopsie a révélé une forte congestion de tous les organes.

De tels accidents sont réellement très rares. Si l'on tient compte de l'extension rapide prise depuis quelques années par la vaccinothérapie antichancreuse et du nombre considérable d'injections pratiquées chaque jour, on ne peut vraiment pas s'y arrêter.

Dans les cas exceptionnels où le malade présenterait des signes réactionnels un peu intenses accompagnés de défaillance cardiaque, une injection sous-cutanée de 1 à 2 cc. d'huile camphrée suffira habituellement à tout remettre dans l'ordre.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Malades porteurs de bubons non fluctuants.

(Observations I à XLVIII.)

Nous précisons ici une fois pour toutes, afin d'éviter les répétitions inutiles, que dans chaque cas le diagnostic de chancre mou et de bubon a été vérifié par divers examens de laboratoire après un examen clinique soigneux : recherche du bacille de Ducrey, du tréponème, réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Vernes, quelquefois répétées chez le même malade.

OBSERVATION I.

B... (Eugène), 25 ans, marin.

Entré le 27 août.

Etat : chancre mou unique du sillon balanopréputial, Bubon G. du volume d'un œuf de dinde, non fluctuant.

Traitement (alb. 0) :

29 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°6 à 19 heures.

3 septembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°6 à 20 heures.

6 septembre : chancre cicatrisé. Il subsiste à la place du bubon très amélioré une masse mobile et indolente du volume d'un œuf de pigeon.

8 septembre : guérison complète.

Exéat le 8 septembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION II.*

C... (Pierre), 20 ans, manœuvre.

Entré le 7 décembre.

Etat : Chancres mous multiples du gland, du filet, du sillon balanopréputial. Bubon inguinal G. datant de huit jours. Volume d'un œuf de poule. La peau est rouge à son niveau mais il n'y a pas de fluctuation.

Traitement (Alb., 0) :

7 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 20 heures.

10 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°2 à 18 heures.

11 décembre : Amélioration notable. La douleur a disparu.

12 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°3 à 14 heures.

14 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°8 à 14 heures.

Exéat le 19 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION III.

B... (T.-S), 32 ans.

Entré le 28 février.

Etat : Chancre induré du fourreau avec présence de tréponèmes reconnue à l'ultra. Adénite D. unique, assez volumineuse, douloureuse. A G. également un ganglion du volume d'une noix, douloureux.

L'astérisque * indique les observations dont la feuille de température a été reproduite.

Alb. = Albumine;

T. = Température maxima observée.

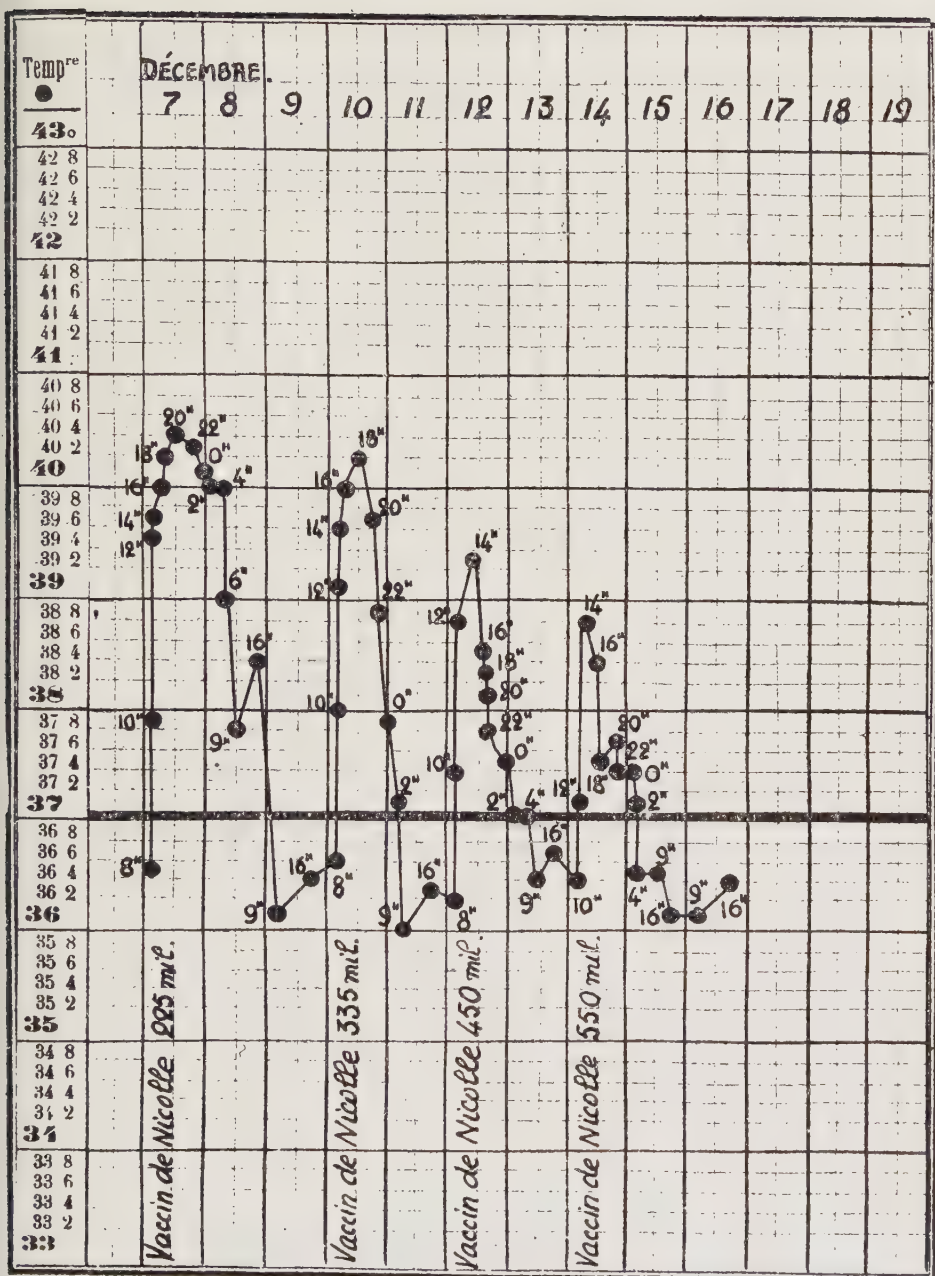


FIG. 1. — Observation II, C... (Pierre).

Traitement (Alb., 0) :

Etant donné les caractères du chancre dont l'induration est manifeste, on pratique un traitement spécifique par le Rhodarsan.

10 mars : les ganglions ont augmenté de volume, sont très douloureux. On pense à l'éventualité d'un chancre mixte.

20 mars : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 18 heures.

Cuti réaction + + + +.

24 mars : Amélioration nette des masses inguinales qui ont régressé de moitié.

31 mars : On ne trouve plus dans l'aîne que quelques vagues nodosités indolentes.

Exéat le 4 avril.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 21 jours.

Observations : Une légère réaction inflammatoire a eu lieu au point d'injection (pli du coude) peu douloureuse et athermique.

OBSERVATION IV.

B... (Victor), 40 ans, manœuvre.

Entré le 1^{er} octobre.

Etat : Chancres mous multiples du sillon survenus 5 jours après un coït suspect. Bubon inguinal G. du volume d'un œuf de poule, indolore, non fluctuant.

Traitement (Alb. 0) :

5 Octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 18 heures.

8 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°4 à 17-19 heures.

11 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°8 à 14 heures.

20 octobre : Guérison du bubon.

Exéat le 26 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 15 jours.

Observations : Malade ayant séjourné à l'hôpital quelques jours supplémentaires pour raisons indépendantes de son affection.

OBSERVATION V.

B... (Louis), 19 ans, chaudronnier.

Entré le 26 septembre.

Etat : Chancres mous multiples ayant détruit le frein. Bubon G. en formation.

Traitement (Alb. 0) :

26 septembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 le lendemain à 8 heures.

30 septembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 17 heures.

5 octobre : Guérison.

Exéat le 5 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION VI.

C... (Auguste), 24 ans, manœuvre.

Entré le 9 novembre.

Etat : Malade déjà traité pour syphilis primaire depuis 3 mois, puis pour chancre mou 1 mois après. Revient enfin le 9 novembre pour bubon inguinal G. de volume moyen non fluctuant.

Traitement (Alb. 0) :

9 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°5 à 14 heures.

12 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 16 heures.

14 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°7 à 12 heures.

Exéat le 19 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION VII.

B..., 39 ans, manœuvre.

Entré le 9 avril.

Etat : Couronne de chancres mous sur le limbe préputial. Bubon inguinal D. gros comme une noix, peu douloureux, non fluctuant.

Traitement (Alb. 0) :

11 avril : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 15 heures.

Cuti réaction + + + +.

16 avril : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°6 à 17 heures.

21 avril : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°2 à 15 heures.

Exéat le 25 avril.

Etat : Guéri.

Durée du traitement 14 jours.

Observations : Malade revenu le 12 mai (20 jours après son exéat) pour nouveaux chancres mous sans bubon. N'ayant pas voulu être hospitalisé il n'a pas été traité.

OBSERVATION VIII*.

C... (Marcel), 16 ans, emballleur.

Entré le 28 février.

Etat : Chancres mous multiples du fourreau et du sillon. Bubons inguinaux : D. comme une grosse noix, G. comme un œuf de poule, non fluctuants.

Traitement (Alb. 0) :

27 février : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 3 heures le lendemain.

1er mars : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°8 à 21 heures.

3 mars : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40° à 17 heures.

6 mars : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°6 à 14 heures.

Exéat le 8 mars.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION IX.

C... (Lucien), 28 ans.

Entré le 17 août.

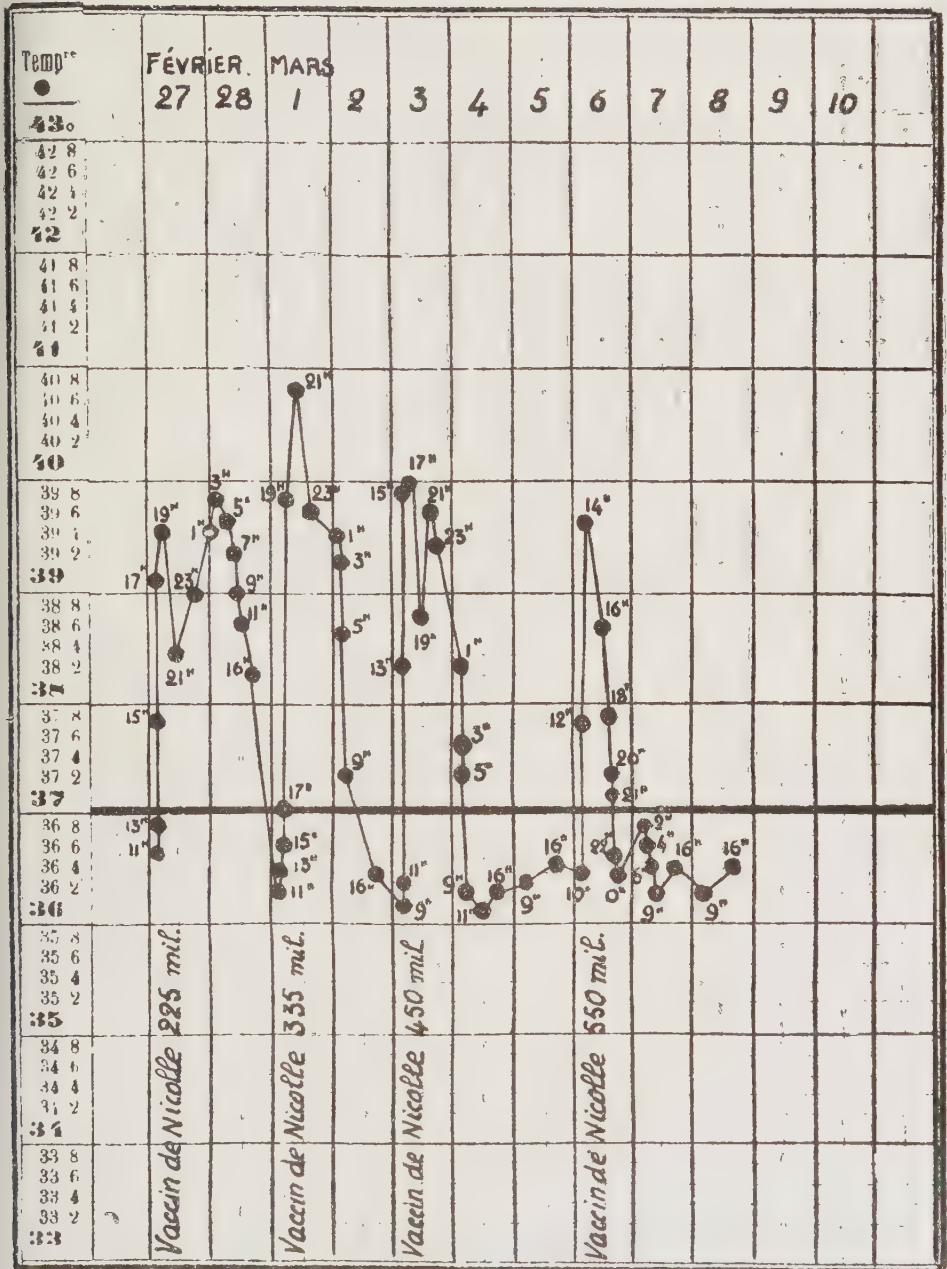


FIG. 2. — Observation VIII, C... (Marcel).

Etat : Chancres mous multiples du sillon balanopréputial. Bubon inguinal G. moyen, peu douloureux, non fluctuant.

Traitement (Alb. 0) :

20 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 20 heures.

26 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40° à 12 heures.

31 août : Guérison.

Exéat le 31 août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 40 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION X.

C... (Jean), 27 ans, tailleur de pierres.

Entré le 26 novembre.

Etat : Chancre mou de la région du filet ayant détruit le frein et datant de 1 mois. Bubon inguinal G. moyen non fluctuant.

Traitement (Alb. 0) :

26 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°6 à 16 et 22 heures.

28 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40° à 12 heures.

30 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°9 à 12 heures.

3 décembre : Guérison du bubon. Reste pour traitement du chancre.

Exéat le 17 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement du bubon : 7 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XI.

Le M... (Louis), 36 ans, marin.

Entré le 1^{er} juillet.

Etat : Chancres mous multiples de la région du frein. Bubon inguinal G. du volume d'un œuf de cane. La peau est rouge, pas de fluctuation. Déjà traité pour syphilis.

Traitement :

2 juillet : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°5 à 18 et 22 heures.

5 juillet : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 20 heures.

7 juillet : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°6 à 14 heures.

8 juillet : N. A. B., — 0.15.

10 juillet : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39° à 16 heures.

12 juillet : N. A. B. 0,30.

Disparition du bubon. Le traitement spécifique est poursuivi.

Exéat le 22 juillet.

Etat : Bubon guéri depuis le 12.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Reste hospitalisé pour traitement au novarséno-benzol.

OBSERVATION XII*.

D... (Laurent), 26 ans, scieur.

Entré le 19 décembre.

Etat : Deux chancres mous du méat. Bubon D. et G. du volume d'un œuf de poule non fluctuants.

Traitement (alb., 0) :

19 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 16 heures.

23 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°3 à 12 heures.

26 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°5 à 12 heures.

28 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°9 à 12 heures.

2 janvier : Guérison des bubons.

Exéat le 4 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 14 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XIII.

D... (Jean), 64 ans, camionneur.

Entré le 17 octobre.

Etat : Chancres mous en couronne du prépuce et du fourreau datant de 3 semaines. Bubon inguinal G. du volume d'un œuf de poule. Non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

17 octobre, V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°4 à 19 heures.

21 octobre, V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°5 à 12 heures.

26 octobre, guérison.

Exeat le 26 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XIV.

D... (V.), 22 ans, manoeuvre.

Entré le 3 mai.

Etat : Chancres mous multiples de la région du frein. Chancre mou de la racine de la cuisse gauche. Bubon G. gros comme une belle noix, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

3 mai, V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°5 à 21 heures et 3 heures du matin.

6 mai, V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 21 heures.

8 mai, V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°6 à 19 heures.

Exeat le 15 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XV.

F... (Noël), 20 ans, plâtrier.

Entré le 29 juin.

Etat : Chancres mous multiples du frein datant de 1 mois. Bubon inguinal G. comme un œuf de dinde. Non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

3 juillet : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 21 heures et 1 heure.

7 juillet : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°4 à 20 heures,

10 juillet : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°8 à 20 heures.

11 juillet : Bubon très amélioré.

15 juillet : Bubon à peu près complètement affaissé.

Exeat le 17 juillet.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XVI.

D... (Joseph), 48 ans, serrurier.

Entré le 3 avril.

Etat : Chancres mous multiples de la gouttière balano-préputiale. Bubon D. de volume moyen non fluctuant. Malade très déprimé, dans un mauvais état général.

Traitement (alb., 0) :

4 avril : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°6 à 21 heures.

8 avril : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°7 à 13 heures.

11 avril : Bubon très diminué de volume, indolore.

16 avril : Guérison.

Exeat le 16 avril.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Malgré la faible constitution du sujet, le traitement a été très bien toléré.

OBSERVATION XVII*.

E... (Antoine), 37 ans, manœuvre.

Entré le 7 novembre.

Etat : Coût suspect, il y a 3 semaines. 5 jours après, apparition de chancres mous multiples, en couronne du rebord préputial. Bubon inguinal D. comme une noix, douloureux, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

On essaie pour le bubon, qui est peu volumineux, une thérapeutique de seul repos. Alors qu'il subit une légère régression, apparaît une adénite de l'autre côté. Le 1^{er} décembre, les deux bubons se sont développés sans être encore fluctuants. On décide de les traiter :

1^{er} décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°7 à 22 heures.

4 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°3 à 15 heures.

6 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°8 à 15 heures.

9 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°7 à 15 heures.

Exeat le 10 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XVIII.

D... (Maurice), 23 ans, chaudronnier.

Entré le 26 juin.

Etat : Chancre unique du reflet préputial apparu il y 5 jours.

Bubon inguinal G. datant de 10 jours, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

29 juin : V. de Nicolle, 225 millions. T 40° à 10 heures, 40°6 le lendemain à 20 heures.

3 juillet : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 13 heures.

12 juillet : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°6 à 13 heures.

Exeat le 13 juillet.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XIX.

G... (L.), 25 ans, marin.

Entré le 8 janvier.

Etat : Chancre mou du reflet balano-préputial datant de 8 jours.

Bubon inguinal G. de volume moyen, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

9 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 16 heures.

13 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°6 à 18 heures.

16 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 37°9 à 16 heures.

18 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°4 à 12 heures.

Exeat le 20 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XX.

G... (Joseph), 38 ans, manœuvre.

Entré le 5 décembre.

Etat : Chancre mou unique du fourreau datant de 1 mois. Bubon inguinal D. volumineux non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

6 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 15 heures.

12 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 14-16 heures.

15 décembre : Le bubon est devenu fluctuant. On décide de pratiquer l'incision étroite et de traiter par le procédé de Fontan.

Exeat le 23 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 17 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXI.

A... (D.), 25 ans, manœuvre.

Entré le 9 mars.

Etat : Chancre mou unique du prépuce. Bubons : D. comme une amande, G. comme une noix, non fluctuants.

Traitement (alb., 0) :

18 mars : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 14 heures.

23 mars : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 16 heures.

31 mars : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°8 à 14 heures.

2 avril : Les bubons sont réduits au volume d'une noisette.

Exeat le 4 avril.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 17 jours.

Observations : Malade revenu le 8 avril.

Etat à ce moment : Le bubon G. s'est très rapidement reformé au point d'atteindre le volume d'un œuf de dinde; il est fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

11 avril : Incision donnant issue à un pus très épais qui s'écoule difficilement. On pratique un Fontan.

17 avril : Il subsiste une petite tuméfaction donnant issue à de la vaseline.

21 avril : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 16 heures.

25 avril : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°8 à 16 heures.

9 mai : Il subsiste quelques ganglions indolents dans les deux aines.

Exeat le 9 mai.

Etat : Guéri.

Observations : Malade revenu une deuxième fois pour blennorragie le 5 novembre. N'avait pas présenté de nouvelle rechute après le deuxième traitement.

OBSERVATION XXII*.

B... (W.), 27 ans, manoeuvre.

Entré le 1^{er} mars.

Etat : Chancre mou de la région du frein comme 0 fr. 50. Bubon inguinal D. du volume d'un œuf de poule, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

2 mars : Lait, 5 cc. intramusculaire. T. 40°4 à 18 heures.

5 mars : Le bubon est toujours très douloureux. Lait, 5 cc. intramusculaire. T. 40°7 à 19 heures.

9 mars : Lait, 5 cc. intramusculaire. T. 39°6 à 20 heures. Le bubon n'a pas subi d'amélioration appréciable.

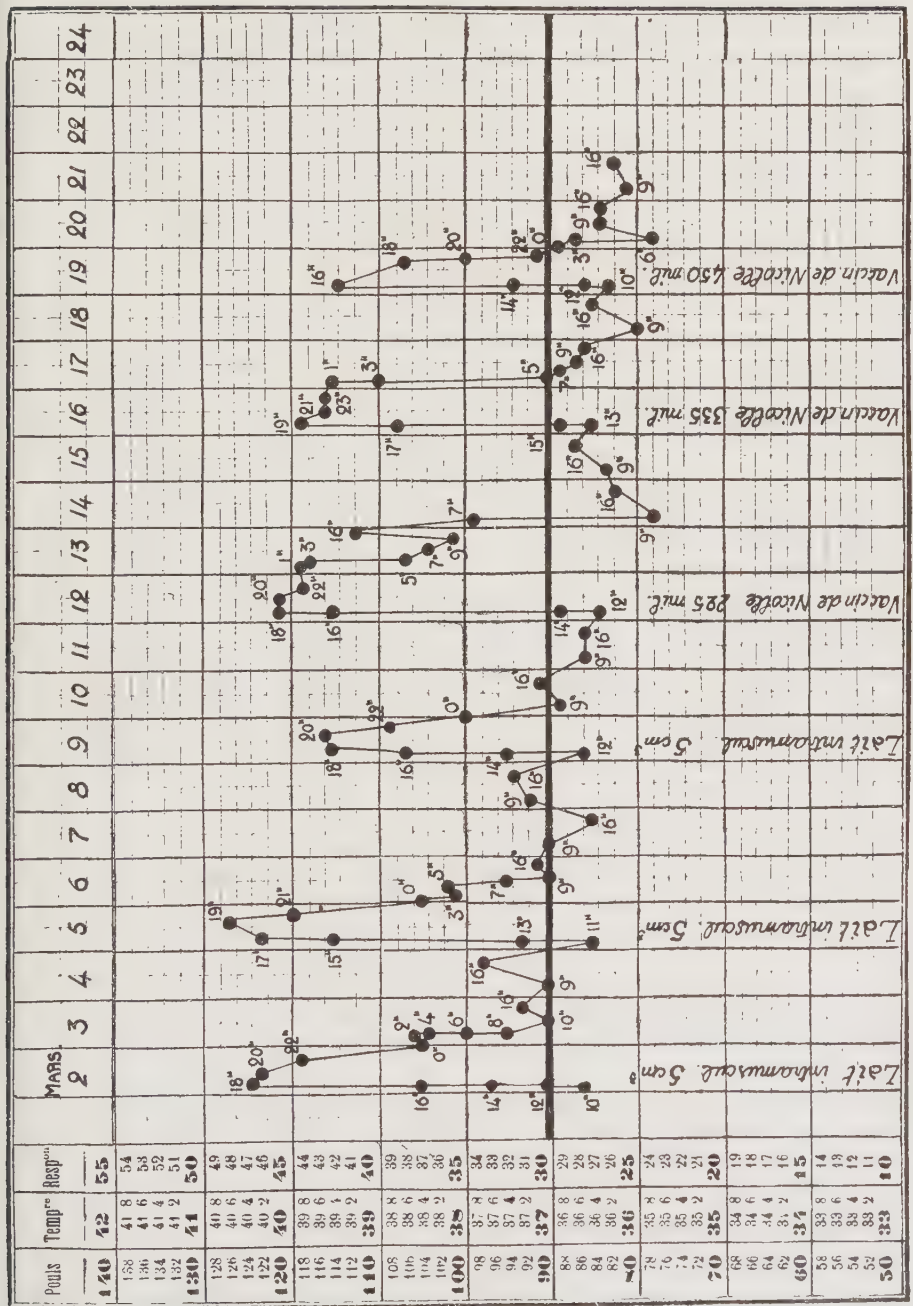


Fig. 3. — Observation XXII, B... (W.).

12 mars : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 18 et 20 heures.

16 mars : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 19 heures.

19 mars : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°4 à 16 heures.

24 mars : Guérison du bubon.

Exeat le 25 mars.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : Avec V. de Nicolle, 13 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXIII.

B... (N.), 24 ans.

Entré le 30 octobre.

Etat : Chancre mou unique du prépuce survenu 7 jours après un coït suspect. Bubon inguinal G. du volume d'une noix près de devenir fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

2 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 18 heures.

5 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°8 à 14 heures.

7 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38 degrés à 16 heures.

Exeat le 19 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 17 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXIV

H... (Gabriel), 33 ans, manœuvre.

Entré le 9 novembre.

Etat : Chancre mou unique lenticulaire du sillon balanopréputial
Bubons inguinaux D. et G. non fluctuants.

Traitement (alb., 0) :

9 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 10 et 14 heures.

12 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 12 heures.

14 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°1 à 10 heures.

16 novembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39° à 12 heures.

Exeat le : 19 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXV.

J... (Jean), 35 ans, valet de chambre.

Entré le 9 janvier.

Etat : 3 chancres mous du sillon balanopréputial. Bubon G. du volume d'une noix, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

Par le seul repos le bubon ne subit guère de modifications.

16 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 21 heures.

20 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40° à 18 heures.

24 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°5 à 14 heures.

Exeat le 27 janvier.

Etat : Guéri depuis le 25.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXVI.

A... (André), 31 ans, manœuvre.

Entré le 15 août.

Etat : Erosion lenticulaire en feuillet de livre, très indurée, au niveau du sillon. Bubon inguinal D. typique, non fluctuant.

Traitement :

16 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°4 à 14 heures.

17 août : Sulfarsénol, 0 g. 06.

20 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°6 à 14 et 18 heures.

22 août : Sulfarsénol, 0 g. 12.

23 août : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°4 à 16 heures.

27 août : Sulfarsénol, 0 g. 48.

Le sulfarsénol est continué.

Exeat le 3 septembre.

Etat : Bubon guéri.

Durée du traitement : 18 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXVII.

A... (René), 24 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 22 octobre.

Etat : Chancre mou unique du repli préputial. Bubon inguinal G. non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

27 octobre : V. de Nicolle, 225 millions, 40°4 à 0 heure.

9 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 14 heures.

12 novembre : Guérison.

Exeat le 12 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 16 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXVIII*.

B... (Baptiste), 40 ans, forain.

Entré le 23 octobre.

Etat : Chancre mou unique du sillon balanopréputial. Bubon D. volumineux, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

23 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°9 à 16 heures.

27 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 13 heures.

28 octobre : Régression manifeste de l'adénite.

29 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40° à 13 et 15 heures.

31 octobre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°8 à 14 heures.

Exeat le 10 novembre.

Etat : Guéri.



Durée du traitement : 18 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXIX.

K... (François), 29 ans, menuisier.

Entré le 6 janvier.

Etat : Chancre mou unique du sillon balanopréputial datant de 15 jours. Bubon inguinal G. apparu il y a 8 jours, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

6 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°7 à 18 heures.

9 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°9 à 12 et 20 heures.

11 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°8 à 20 heures.

Exeat le : 15 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXX.

B... (Léonce), 28 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 22 octobre.

Etat : Chancre mou unique apparu il y a 5 jours, 15 jours après un coït suspect. Bubon G. du volume d'un œuf de pigeon, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

23 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 14 heures.

25 octobre : Régression sensible de l'adénopathie.

27 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°7 à 19 heures.

29 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°9 à 15 heures.

31 octobre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°8 à 15 heures.

7 novembre : Le bubon se fistulise spontanément. L'aspect atypique des lésions fait penser à l'éventualité d'un lymphogranulome.

8 novembre : A partir de cette date jusqu'au 14 on pratique

1 injection intraveineuse quotidienne de solution de sulfate de cuivre de 0 g. 10 à 0 g. 25.

14 novembre : Le diagnostic de bubon est confirmé, l'incision est agrandie. Traitement local.

Exeat le 24 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 1 mois.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXXI.

M... (Gabriel), 28 ans, lutteur.

Entré le 18 octobre.

Etat : Chancre mou de la racine de la verge. Deux chancres mous du prépuce. Bubon inguinal D. de volume moyen, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

23 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°5 à 20 heures.

26 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 12 heures.

30 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°9 à 12 heures.

Exeat le : 31 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 8 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXXII.

L... (Georges), 28 ans, manoeuvre.

Entré le 21 novembre.

Etat : Chancre mou lenticulaire du sillon balanopréputial datant de 15 jours. Bubon inguinal D. du volume d'un œuf de poule, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

21 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 16 heures.

27 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 14 heures.

1^{er} décembre : Le bubon est fluctuant, on ponctionne et on injecte

de la vaseline iodoformée suivant la méthode de Fontan.

12 décembre : Guérison.

Exeat le 12 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 21 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXXIII*.

T... (D.), 29 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 27 novembre.

Etat : 4 chancres mous du sillon balanopréputial de part et d'autre du frein. Masse inguinale polyganglionnaire du volume d'un œuf de poule côté D. A gauche adénopathie en chapelet. Malgré l'aspect atypique des lésions on pense à une manifestation chancrelleuse.

Traitement (alb., 0) :

27 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°8 à 15 heures.

1^{er} décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°2 à 20 heures.

4 décembre : L'adénite régresse très sensiblement, il s'agit bien d'un bubon.

4 décembre : V. de Nicolle, 430 millions. T. 39°4 à 17 heures.

6 décembre : V. de Nicolle, 530 millions. T. 39°8 à 13 heures.

9 décembre : Guérison du bubon.

Exeat le 13 janvier.

Etat : Bubon guéri depuis le 9 décembre.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Malade resté hospitalisé quelque temps pour traitement au novarsénobenzol.

OBSERVATION XXXIV.

M... (Henri), 19 ans, manœuvre.

Entré le 18 octobre.

Etat : Chancres mous multiples du gland et du sillon. Volumineux bubon inguinal G., non fluctuant.

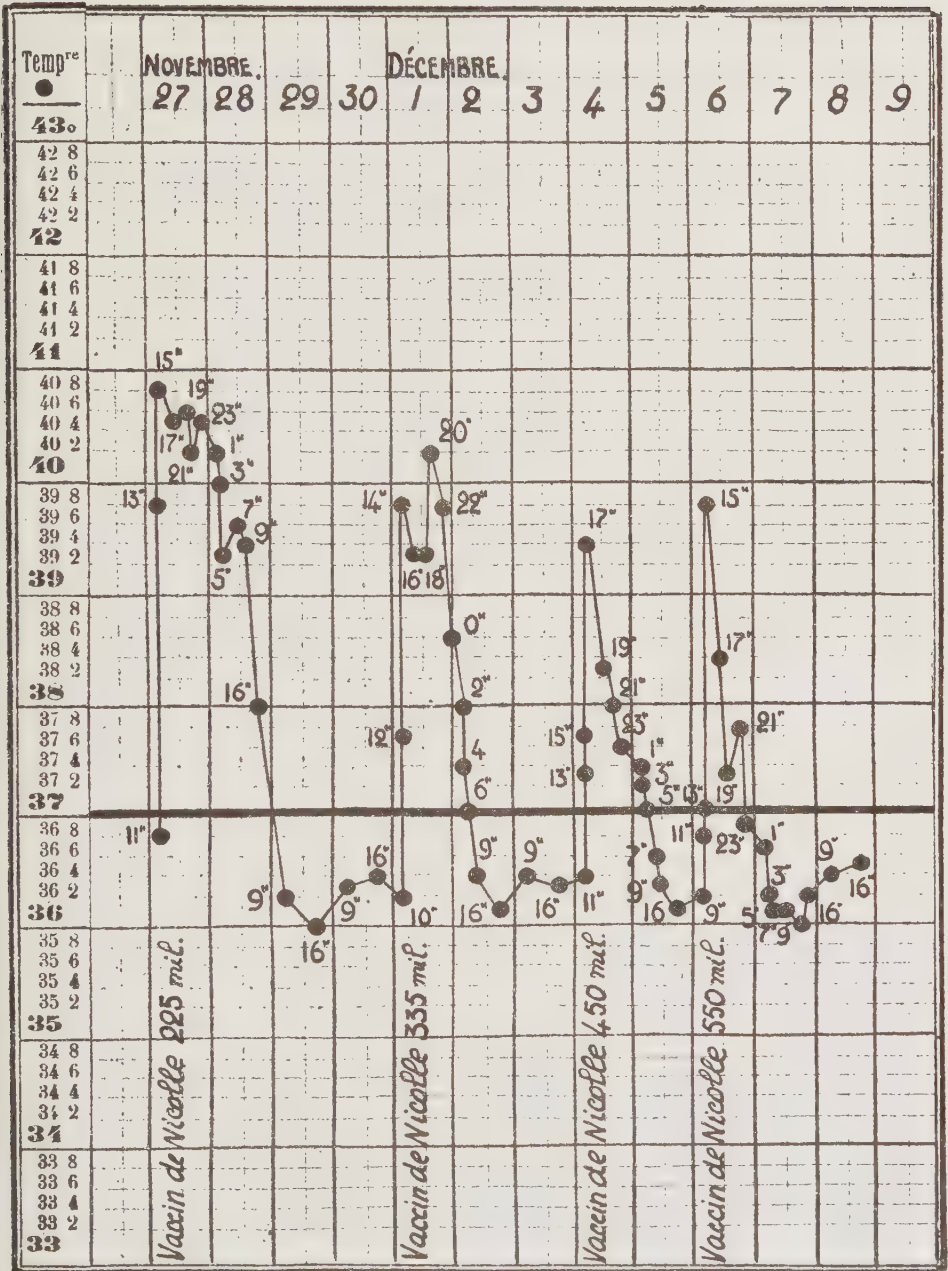


FIG. 7. — Observation XXXIII, T... (D.).

Traitement (alb., 0) :

21 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 22 heures.

23 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°8 à 14 heures.

26 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°8 à 12 et 14 heures.

Exeat le 14 novembre.

Etat : Guérison du bubon depuis le 31 octobre.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Reste hospitalisé pour traitement spécifique.

OBSERVATION XXXV.

L... (Arthur), 27 ans, manœuvre.

Entré le 13 juillet.

Etat : Chancre mous multiples du sillon. Bubon inguinal D. de volume moyen, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

15 juillet : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°9 à 22 heures.

19 juillet : Le bubon est nettement diminué de volume.

20 juillet : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 14, 16, 18 heures.

25 juillet : Guérison.

Exeat le 27 juillet.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXXVI.

R... (Pierre), 25 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 31 juillet.

Etat : Chancre mou unique de la région du frein. Bubon inguinal D. du volume d'un œuf de pigeon, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

1^{er} août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 22 heures.

4 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38° à 4 heures matin.

6 août : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°6 à 20 heures.

8 août : V. de Nicolle, 550 millions. T. 40° à 14 heures.

Exeat le 11 août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Accidents : Néant.

OBSERVATION XXXVII.

S..., 31 ans, manœuvre.

Entré le 5 mai.

Etat : Chancres mous multiples du sillon datant de 10 jours.

Bubon D. comme une noix, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

5 mai : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 18 heures.

10 mai : Amélioration très nette.

14 mai : Guérison.

Exeat le 17 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XXXVIII*.

Z... (Victor), 20 ans, garçon de salle.

Entré le 27 octobre.

Etat : Chancres mous multiples du sillon balanopréputial. Bubon inguinal D., non fluctuant, du volume d'un œuf de poule.

Traitement (alb., 0) :

6 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 18 heures.

10 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 13 heures.

12 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°7 à 16 heures.

14 novembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°1 à 14 heures.

Exeat le 20 novembre.

Etat : guéri.

Durée du traitement : 14 jours.

Observations : Néant.

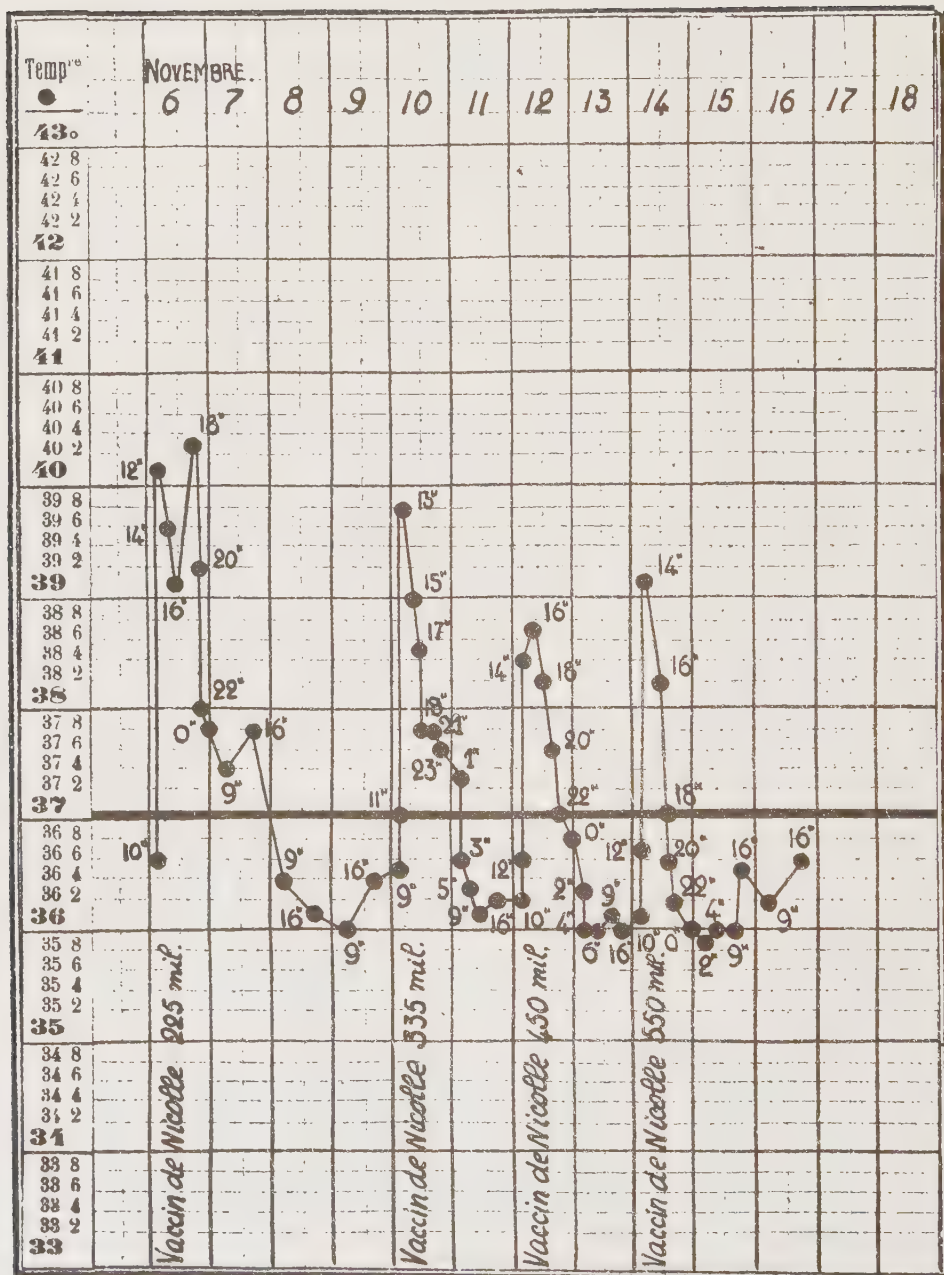


FIG. 8. — Observation XXXVIII, Z... (Victor).

OBSERVATION XXXIX.

P... (M.), 26 ans, manœuvre.

Entré le 18 août.

Etat : Chancres multiples du fourreau et du frein. Bubon G. du volume d'un œuf de poule, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

20 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 20 heures.

26 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°6 à 16 et 18 heures.

27 août : Le bubon est très amélioré.

30 août : Guérison.

Exeat le 30 août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XL.

T... (Marcel), 29 ans, menuisier.

Entré le 18 juillet.

Etat : Chancre mou de la région du frein, datant de 10 jours. Bubon G. comme un œuf de poule, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

19 juillet : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 21 et 23 heures.

22 juillet : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°7 à 15 heures.

25 juillet : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°6 à 15 heures.

29 juillet : V. de Nicolle, 550 millions. T. 37°4 à 14 heures.

Exeat le 30 juillet.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XLI.

B..., 39 ans, manœuvre.

Entré le 18 juin.

Etat : Chancre mou unique de la région du frein. Bubon G. datant de 10 jours, non fluctuant. Bubon D. apparu seulement il y a deux jours, comme une noix.

Traitement (alb., 0) :

22 juin : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 22 heures.

24 juin : Etant donné l'amélioration très sensible consécutive à cette injection, on pense qu'il est inutile de poursuivre le traitement.

27 juin : Guérison.

Exeat le 27 juin.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 5 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XLII.

V... (Henri), 33 ans, manœuvre.

Entré le 17 octobre.

Etat : Chancres mous du sillon datant de 1 mois et demi. Bubon inguinal D. non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

17 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°8 à 16 heures.

21 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 14 heures.

24 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40° à 14 heures.

Exeat le 30 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XLIII.

N... (N.), 25 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 24 septembre.

Etat : Chancres mous multiples en couronne du prépuce. Bubon inguinal D. non fluctuant. A gauche, polyadénopathie type Σ.
BW = + + + +.

Traitement (alb., 0) :

21 septembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 21 heures.

24 septembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40° à 19 heures.

26 septembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°5 à 20 heures.

30 septembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°8 à 17 heures.

3 octobre : Guérison du bubon.

Exeat le 10 décembre.

Etat : Bubon guéri depuis le 3 octobre.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Malade resté dans le service pour traitement spécifique.

OBSERVATION XLIV.

G... (Francis), 31 ans, manoeuvre.

Entré le 14 février.

Etat : Coût suspect il y a 1 mois. Depuis 15 jours, chancre mou lenticulaire du sillon balanopréputial. Bubon inguinal D. comme un œuf de pigeon, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

17 février : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°5 à 15 heures.

20 février : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°2 à 13 heures.

23 février : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°5 à 15 heures.

25 février : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°4 à 14 heures.

28 février : Guérison.

Exeat le 7 mars.

Etat : Bubon guéri depuis le 28 février.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XLV.

B... (Yves), 30 ans, employé des chemins de fer.

Entré le 21 septembre.

Etat : Chancre mou unique du sillon balanopréputial. Bubon inguinal D. non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

21 septembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 21 heures.

24 septembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 19 heures.

27 septembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39° à 0 heure.

Exeat le 28 septembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 7 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XLVI.

L... (O.), 29 ans, marin.

Entré le 14 août.

Etat : Chancres mixtes du gland, 1 sur la face supérieure, 3 sur la face inférieure. B.-W. : + + + +. Bubon G. du volume d'un œuf de poule, non fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

16 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°9 à 20 heures.

18 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 12 heures.

20 août : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°8 à 16 heures.

24 août : Bubon guéri.

Exeat le 13 septembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 8 jours.

Observations : Reste hospitalisé pour traitement antisyphilitique.

OBSERVATION XLVII.

L... (H.), 26 ans, marin.

Entré le 26 mai.

Etat : Le malade prétend ne pas avoir présenté de chancre, dont il est d'ailleurs impossible de trouver trace. Bubon inguinal G., du volume d'un œuf de poule, non fluctuant.

Traitement :

10 juin : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°4 à 13 et 21 heures.

14 juin : Le bubon est réduit au volume d'une amande.

20 juin : Guérison.

Exeat le 23 juin.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XLVIII.

E... (Georges), 21 ans, riveur.

Entré le 15 janvier.

Etat : Chancre mou du bord libre du prépuce de la dimension d'une grosse lentille. Bubon inguinal D. non fluctuant, comme un œuf de poule.

Traitement (alb., 0) :

15 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 16 heures.

19 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°4 à 14 heures.

21 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°2 à 14 heures.

23 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°4 à 14 heures.

26 janvier : V. de Nicolle, 675 millions. T. 40° à 13 heures.

27 janvier . Guérison du bubon.

Malgré cette série complète et un traitement local actif, l'état du chancre est stationnaire. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée les 3 janvier, 3 février, 10 février, 22 février et 3 mars, est négative.

On décide de pratiquer un traitement d'épreuve au novarsénobenzol, qui est suivi d'une cicatrisation rapide. Il s'agissait d'un chancre mixte.

Exeat le 15 mars.

Etat : Bubon guéri depuis le 27 février.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Néant.

DEUXIÈME GROUPE.

Malades porteurs de bubons fluctuants.

(Observations XLIX à LXXXV.)

OBSERVATION XLIX*.

G... (Gabriel), 17 ans, marin.

Entré le 17 novembre.

Etat : Coût suspect il y a 4 mois. Chancre mou de la région du frein cicatrisé spontanément. Bubon inguinal G. fluctuant, comme un œuf de pigeon.

Traitement (alb., 0) :

18 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 21 heures.

20 novembre : Amélioration notable du bubon.

21 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 20 heures.

24 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°7 à 21 heures.

26 novembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°9 à 15 heures.

Exeat le 27 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION L.

V... (Henri), 23 ans, marin.

Entré le 5 janvier.

Etat : Chancre mou unique lenticulaire du reflet préputial. Bubon inguinal G., apparu il y a 10 jours, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

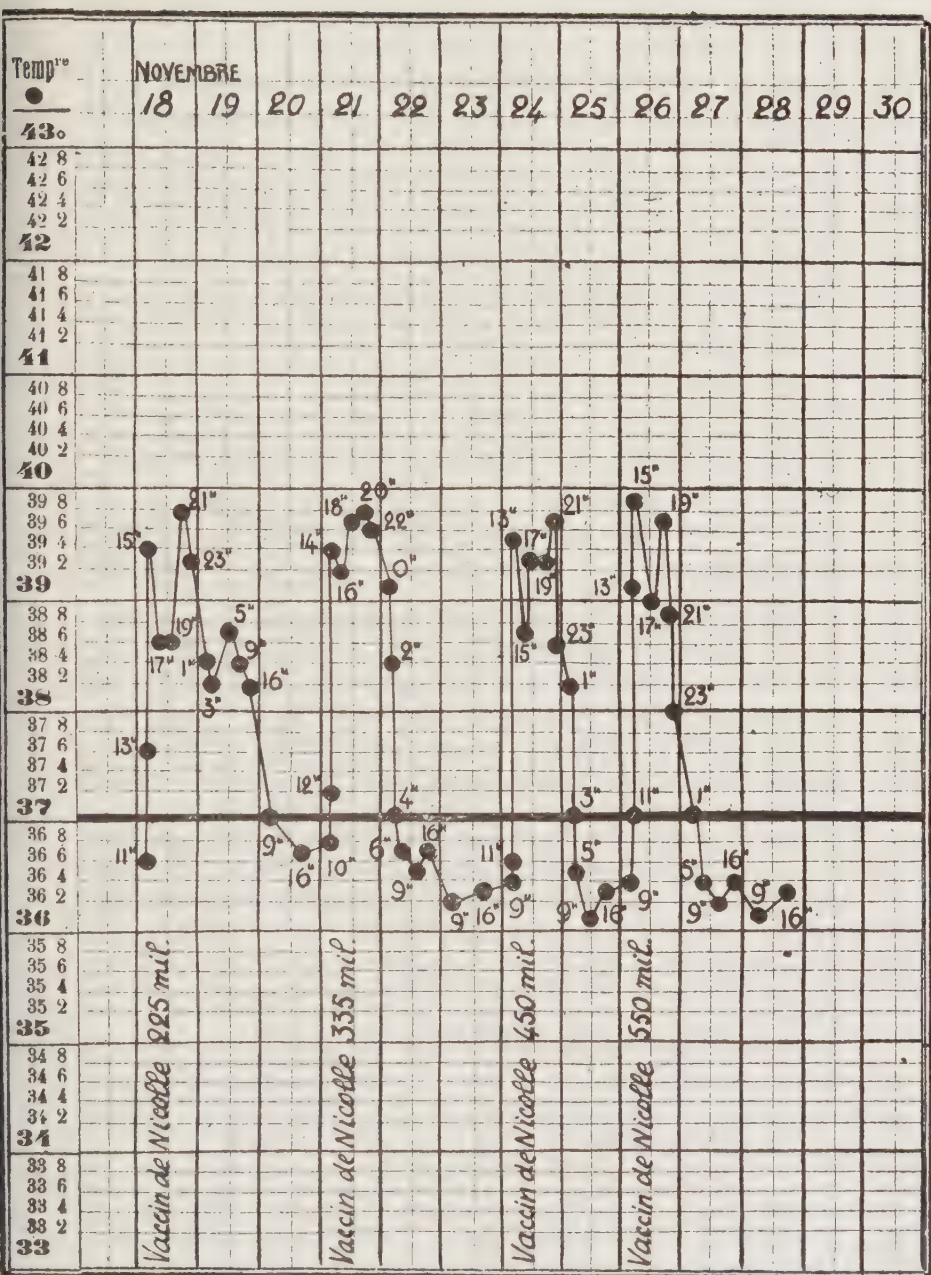
6 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 23 heures.

9 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 36°6 à 14 heures.

Cette injection a été pratiquée par erreur par voie intramusculaire.

11 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°2 à 12 heures.

13 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°7 à 15 heures.



13 janvier : Le bubon est encore très fluctuant. On décide de ponctionner au bistouri.

15 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38° à 14 heures.

24 janvier : L'orifice de ponction est presque complètement cicatrisé.

Exeat le 27 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 21 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LI.

B... (Albert), 22 ans, manœuvre.

Entré le 27 octobre.

Etat : Chancres mous du prépuce. Bubon inguinal G. de volume moyen fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

Malade en cours de traitement novarsénobenzolé. Reçoit :

28 octobre : N. A. B., 0 g. 30.

2 novembre : N. A. B., 0 g. 45.

4 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 13 heures.

8 novembre : Le bubon est très heureusement influencé, son volume est très diminué. La résorption purulente semble en bonne voie.

12 novembre : Il subsiste une induration diffuse comme une amande.

Exeat le 13 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 8 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LII.

G... (F.), 26 ans, marin.

Entré le 16 août.

Etat : Chancre mou unique du sillon. Bubon inguinal D. fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

18 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 12, 14, 16 heures.

26 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°6 à 12 heures.

31 août : Bubon complètement affaissé. Il subsiste un empâtement diffus sans relief.

Exeat le 3 septembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 16 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LIII.

C... (Jean), 32 ans, peintre en bâtiments.

Entré le 24 octobre.

Etat : Chancres mous multiples du filet.

Bubons D. et G. du volume d'une noix, fluctuants.

Traitement (alb., 0) :

24 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 16 heures.

28 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°5 à 14 heures.

31 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°5 à 12 et 13 heures.

8 novembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°4 à 12 heures.

Exeat le 9 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 15 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LIV*.

B... (Marcel), 25 ans, employé des chem. de fer.

Entré le 23 novembre.

Etat : Deux chancres mous du reflet préputial traités et actuellement cicatrisés. Bubon D. datant de 10 jours, de volume moyen, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

23 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°9 à 14 heures.

26 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°7 à 14 heures.

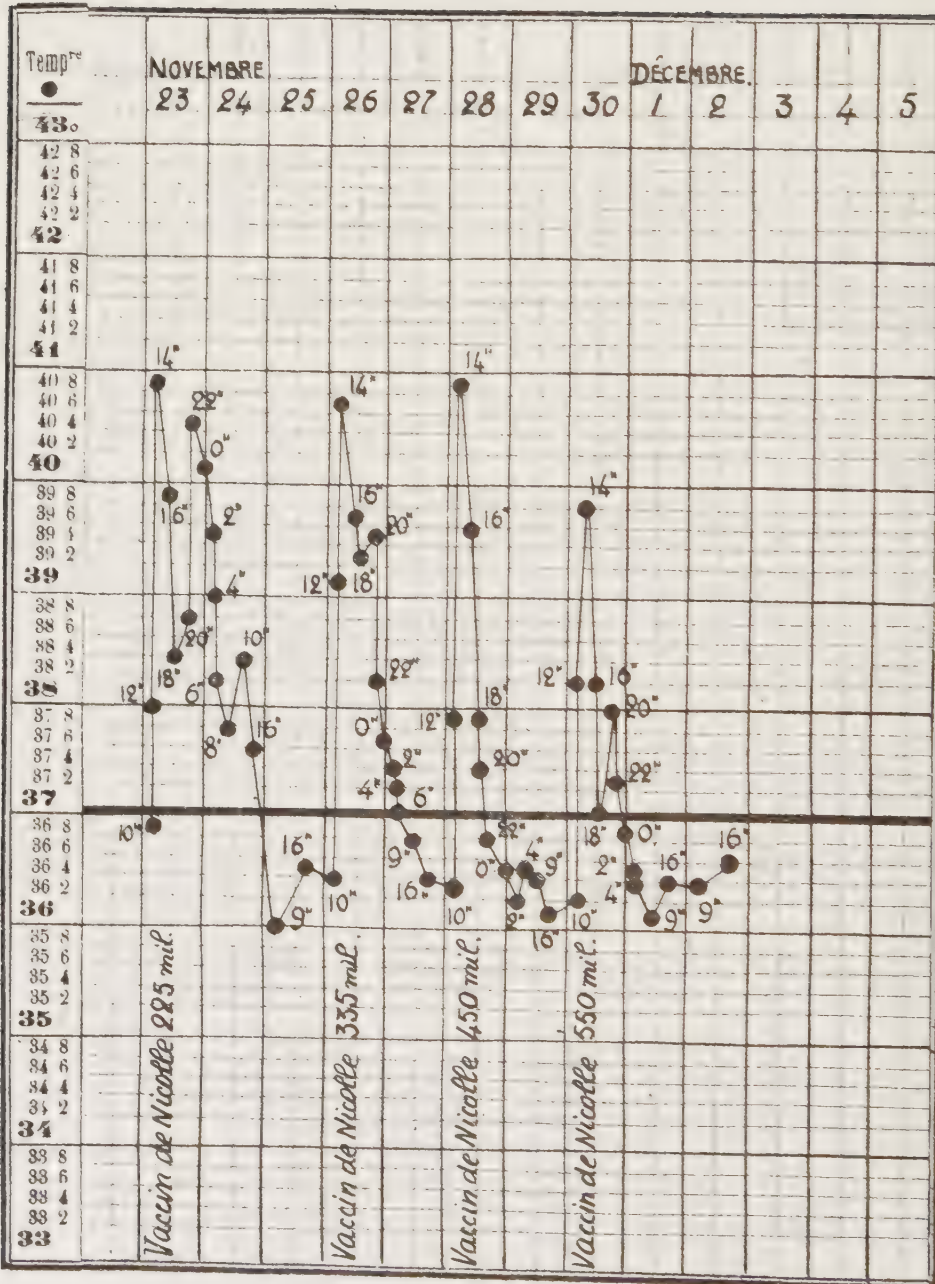


FIG. 19. — Observation LIV. B. — M. 1917.

28 novembre : V. de Nicolle, 430 millions. T. 40°9 à 14 heures.

30 novembre : Ponction du bubon qui est encore très tendu et fluctuant.

30 novembre : V. de Nicolle, 330 millions. T. 39°8 à 14 heures.

Exeat le 7 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 14 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LV.

B... (Gaston), 19 ans, manœuvre.

Entré le 14 avril.

Etat : Chancre mou de la région du frein. Volumineux bubon G. fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

14 avril : V. de Nicolle, 223 millions. T. 39°6 à 14 heures.

19 avril : pas d'amélioration.

19 avril : On décide de ponctionner et de pratiquer un Fontan.

28 avril : Réincision. Mise à plat. Pansements humides avec solution de permanganate.

8 mai : On voit encore des trajets fistuleux. On tasse dans la cavité une mèche iodoformée.

13 mai : Amélioration nette.

23 mai : Cicatrisation complète.

Exeat le 23 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 1 mois 8 jours.

Observations : Il est à remarquer que ce malade a reçu une seule injection de vaccin de Nicolle.

OBSERVATION LVI.

A... (Fernand), 32 ans, plâtrier.

Entré le 6 septembre.

Etat : Chancre mou multiples du prépuce et de la région du frein. Bubon G. comme une orange. Fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

8 septembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 20 heures.

14 septembre : Le bubon a augmenté de volume, la peau est très rouge, amincie. On ponctionne et on pratique un Fontan.

5 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°4 à 18 heures.

42 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°2 à 16 heures.

15 octobre : Amélioration très sensible.

Exeat le 19 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 16 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LVII.

T... (D.), 28 ans, chauffeur d'auto.

Entré le 31 décembre.

Etat : Chancre mou unique du fourreau apparu il y a 8 jours.

Bubon ing. D. apparu il y a 5 jours. Fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

31 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 17 heures.

3 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°6 à 22 heures.

6 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°9 à 21 heures.

9 janvier : Guérison du bubon. Le chancre persiste et est devenu légèrement induré. Le malade est gardé pour examens.

Exeat le 20 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LVIII.

C... (Louis), 31 ans, mécanicien.

Entré le 27 juin.

Etat : chancre mou du fourreau depuis 5 jours. Bubon inguinal G. apparu il y a 4 jours, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

29 juin : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 20 et 22 heures.

5 juillet : Il subsiste une tumeur très fluctuante, comme une mandarine. Ponction et Fontan.

Exeat le 16 juillet.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 17 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LIX*.

B... (Jules), 32 ans, employé de magasin.

Entré le 23 juillet.

Etat : Malade ayant présenté il y a 5 semaines une petite ulcération du prépuce grosse comme une tête d'épingle qui a atteint en 15 jours les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Bubon inguinal G. comme un œuf de poule, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

24 juillet : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°5 à 17 et 23 heures.
39°8 le lendemain 3 heures.

26 juillet : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°2 à 13 heures.

29 juillet : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°5 à 14 heures.

31 juillet : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°9 à 15 heures.

Exeat le 5 août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LX.

F... (S.), 28 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 21 juin.

Etat : Chancres mous multiples du sillon datant de 15 jours.
Bubon inguinal D. fluctuant. Blennorrhagie concomitante.

Traitement (Alb., 0) :

23 juin : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 18 heures.

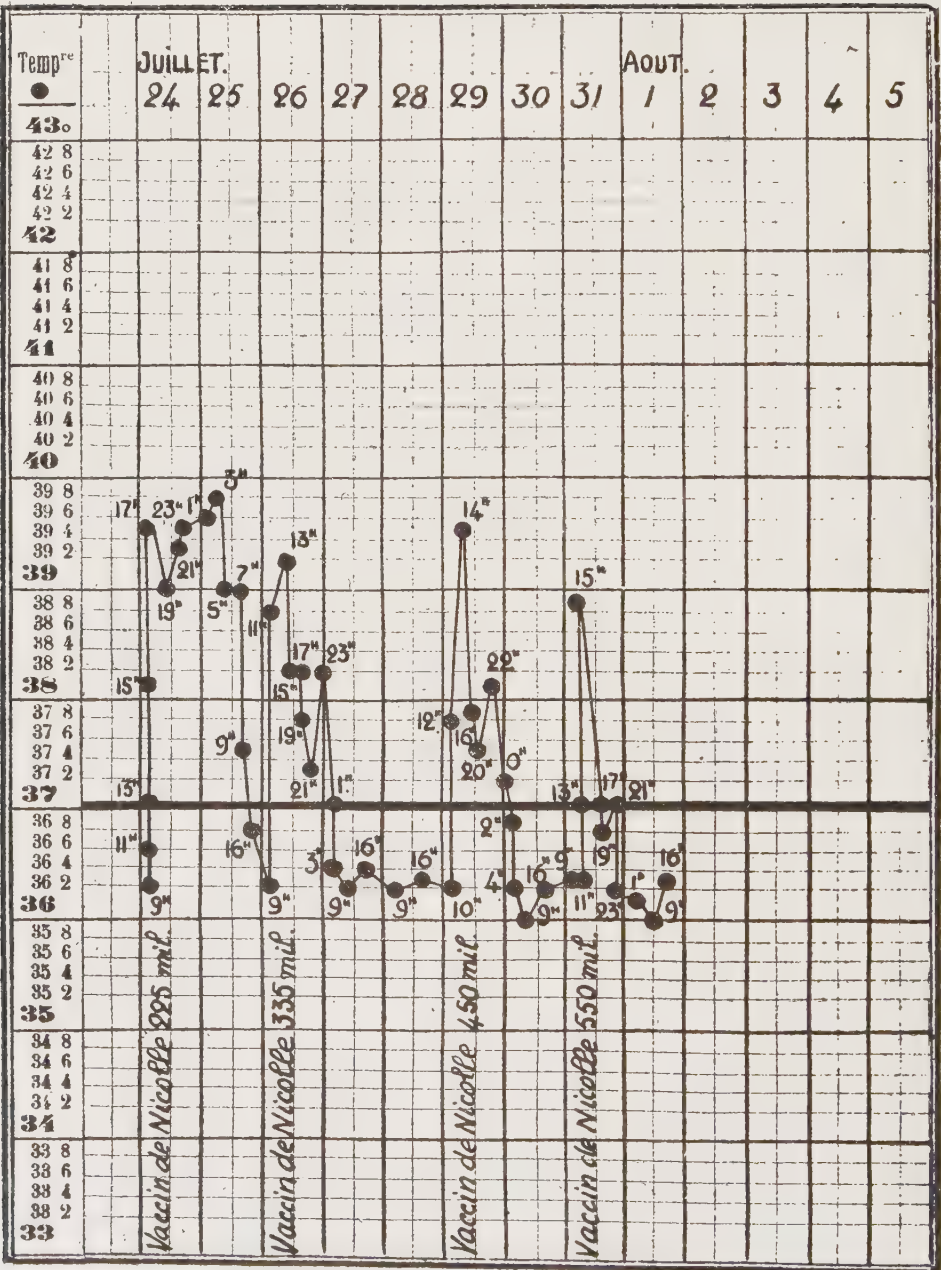


FIG. 41. — Observation LIX, B... (Jules).

29 juin : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40° à 16 heures.

5 juillet : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°2 à 16 heures.

8 juillet : Guérison.

Exéat le 20 juillet (a attendu pour transéat en chirurgie pour hernie).

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 15 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXI.

A... (Pierre), 25 ans, employé des chemins de fer.

Entré le 4 janvier.

Etat : Chancres mous multiples du sillon et du reflet préputial. Volumineux bubon D. datant de 15 jours comme une belle orange, fluctuant.

Traitement (Alb., 0) :

4 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°8 à 18 heures.

7 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°4 à 16 heures.

9 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°8 à 18 heures.

14 janvier : Ponction simple du bubon.

14 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°9 à 14 heures.

18 janvier : V. de Nicolle, 675 millions. T. 40°2 à 16 heures.

Exéat le 30 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 25 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXII.

C... (Léon), 19 ans, électricien.

Entré le 16 avril.

Etat : chancres mous multiples du prépuce apparus il y a 25 jours. Bubon inguinal G. comme une noix, non fluctuant. Bubon D. comme un œuf de poule, fluctuant.

Traitement (Alb., 0) :

16 avril : la fistulisation paraissant imminente on ponctionne le bubon droit.

21 avril : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 21 heures.

23 avril : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°4 à 14 heures.

25 avril : Les bubons sont en bonne voie de guérison.

28 avril : Guérison.

Exeat le 27 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 14 jours.

Observations : Malade ayant une réaction de B.-W. positive.

Reste pour observation et traitement.

OBSERVATION LXIII.

G... (Henri), 20 ans, coupeur.

Entré le 2 août.

Etat : Chancre mixte du sillon balanopréputial. Bubon inguinal G. moyen, fluctuant.

Traitement (Alb., 0) :

2 août : N. A. B., 0 g. 15.

5 août : N. A. B., 0 g. 30.

6 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 38°7 à 9 heures.

8 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°3 à 10 heures.

9 août : Fistulisation spontanée du bubon.

10 août : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°2 à 15 heures.

12 août : N. A. B., 0 g. 45, etc.

17 août : Guérison du bubon.

Exeat le 31 août.

Etat : Bubon guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXIV.*

G... (H.), 24 ans, manoeuvre.

Entré le 1^{er} décembre.

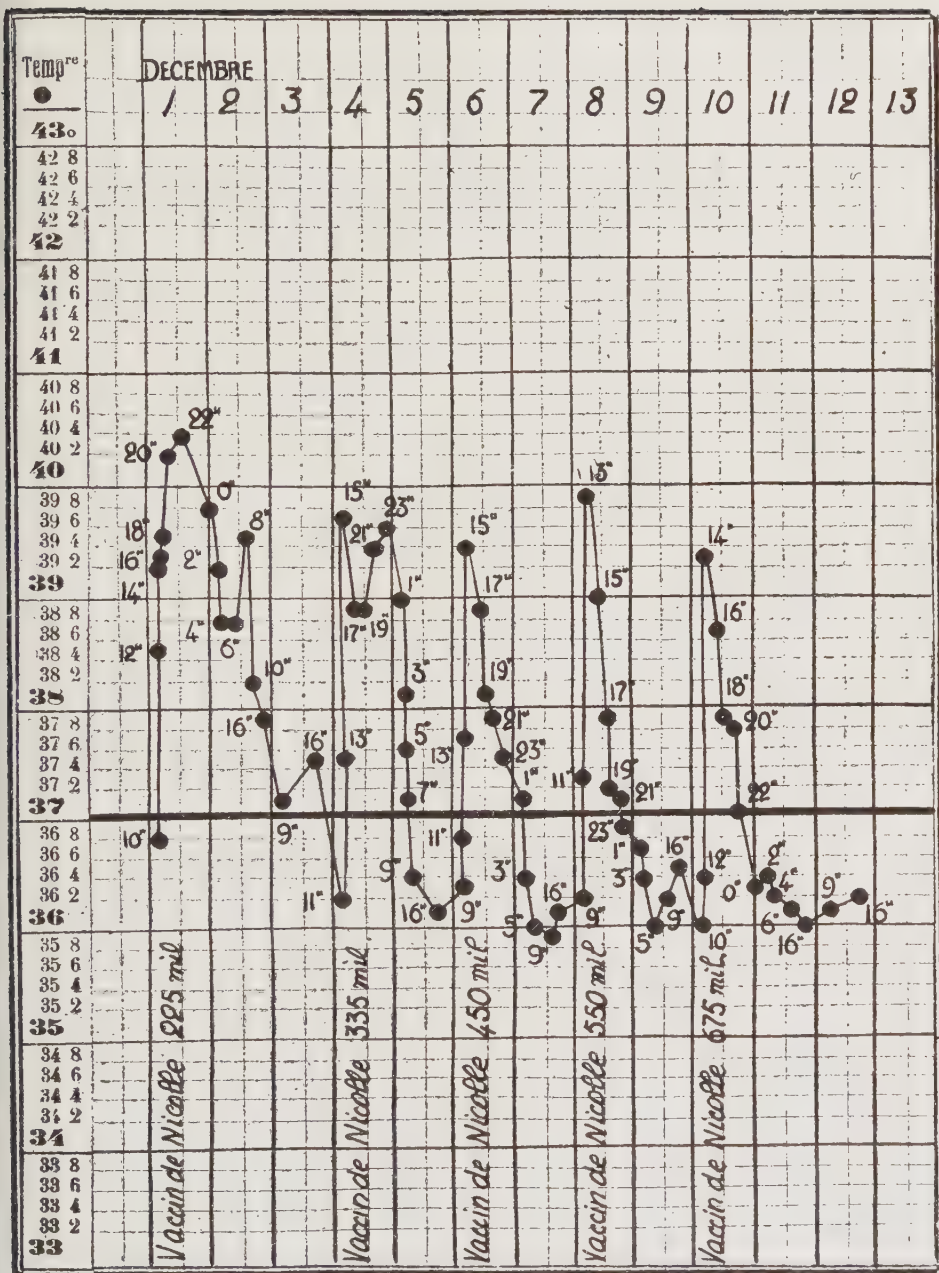


FIG. 12. — Observation LXIV, G... (II).

Etat : Coût suspect il y a 1 mois. Chancre mou unique depuis 15 jours. Bubon inguinal D. comme un œuf de pigeon, fluctuant.

Traitement (Alb., 0) :

1^{er} décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 12 heures.

4 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°7 à 15 heures.

6 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°4 à 15 heures.

8 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°9 à 13 heures.

10 décembre : V. de Nicolle, 675 millions. T. 39°3 à 14 heures.

Exéat le 11 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXV.

G... (Emile), 26 ans.

Entré le 6 août.

Etat : Chancre mou unique du sillon balano préputial. Bubon inguinal G. volumineux, fluctuant, sur le point de se fistuler.

Traitement (Alb., 0) :

8 août : On ponctionne au bistouri, une grande quantité de pus s'écoule. Fontan.

8 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 38°2 à 10 heures.

12 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°7 à 20 heures.

17 août : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°7 à 16 heures.

20 août : V. de Nicolle, 550 millions. T. 37°9 à 18 heures.

23 août : Guérison.

Exéat le 29 août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 15 jours.

Observations : Malade revenu le 10 septembre.

Etat à ce moment : Nouveau chancre mou et bubon D. cette fois, dont l'orifice de fistulation est chancrellisé.

Traitement (Alb., 0) :

17 septembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 38°5 à 16 heures.

20 septembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°3 à 14 heures.

21 septembre : Bubon très amélioré. L'orifice chancrellisé a très bon aspect.

26 septembre : Guérison.

Exéat le 3 octobre.

Etat : Bubon cicatrisé.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Reste hospitalisé pour traitement Σ .

OBSERVATION LXVI.

R... (Raymond), 24 ans, cuisinier de paquebot.

Entré le 27 septembre.

Etat : Chancre mou du fourreau datant de 1 mois. Bubon inguinal G. volumineux, fluctuant.

Traitement (Alb., 0) :

3 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 13 heures.

7 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39° à 14 heures.

21 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39° à 16 heures.

27 octobre : Guérison.

Exéat le 27 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 24 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXVII.

E... (André), 21 ans, coiffeur.

Entré le 13 mai.

Etat : chancres multiples en couronne du prépuce et du gland apparus il y a un mois. Depuis 3 semaines bubon D. comme un œuf de poule, fluctuant, prêt à se fistuler.

Traitement (Alb., 0) :

14 mai : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 2 heures du matin.

17 mai : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°6 à 17 heures.

19 mai : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°3 à 17 heures.

21 mai : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°6 à 16 heures.

Exéat le 30 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 16 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXVIII.*

G... (Jean), 26 ans, monteur.

Entré le 20 janvier.

Etat : chancre mou du prépuce traité et actuellement cicatrisé.

Bubon inguinal G. comme un œuf de poule, fluctuant.

Traitement (Alb., 0) :

21 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 18-20-22 heures.

24 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°2 à 14 heures.

26 janvier : Le bubon est très fluctuant. On pratique une ponction évacuatrice.

26 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°5 à 13 heures.

29 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 40°6 à 14 heures.

Exéat le 2 février.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXIX.

S... (V.), 37 ans, manœuvre.

Entré le 2 janvier.

Etat : Chancres mous multiples du reflet balano préputial, datant d'une dizaine de jours. Bubon inguinal D. datant de 6 jours, comme une belle châtaigne, fluctuant.

Traitement (Alb., 0) :

4 janvier : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 16 et 18 heures.

7 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 14 heures.

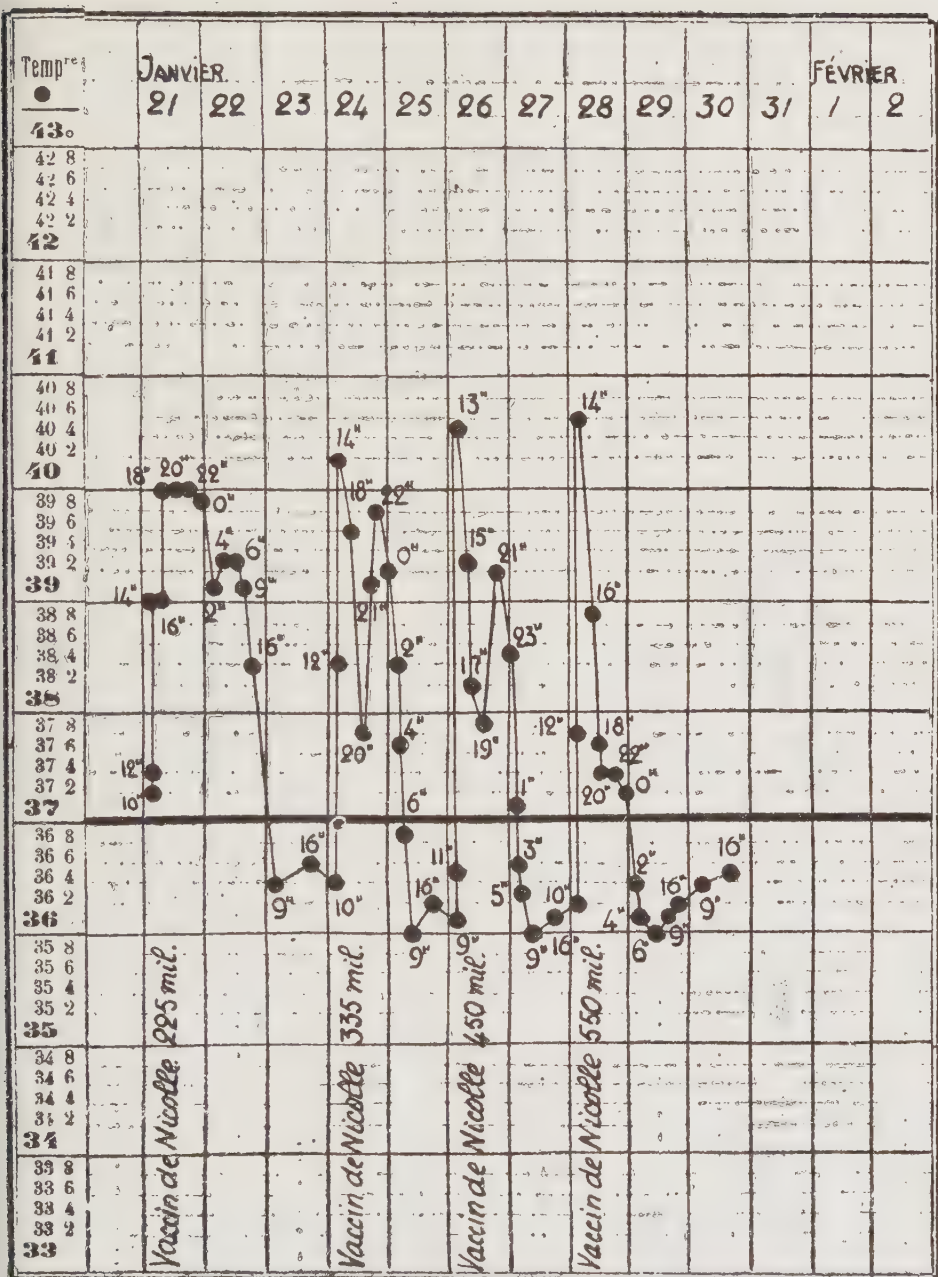


FIG. 13. — Observation LXVIII, G... (Jean).

9 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°7 à 12 heures.

11 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°8 à 18 heures.

14 janvier : Fistulisation spontanée du bubon, on pratique un Fontan.

28 janvier : V. de Nicolle, 675 millions. T. 39°3 à 15 heures.

Exeat le 4 février.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 30 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXX.

L..., 24 ans, marin.

Entré le 20 avril.

Etat : Chancre mou unique du reflet datant de 15 jours. Bubon apparu il y a 6 jours, côté D. volumineux, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

21 avril : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 21 heures.

25 avril : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 20 heures.

26 avril : Bubon toujours très fluctuant, on décide malgré tout de ne pas ponctionner.

28 avril : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°9 à 18 heures.

6 mai : La résorption purulente s'est opérée; il ne subsiste qu'un empâtement indolore de la région.

Exeat le 8 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 15 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXI.

T... (Jean), 27 ans, peintre en bâtiments.

Entré le 23 décembre.

Etat : Chancres mous multiples du rebord préputial datant de 3 semaines. Bubon G. comme un œuf de dinde, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

23 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 20 et 22 heures.

26 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 18 et 22 heures.

29 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°5 à 12 heures.

30 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°9 à 12 heures.

4 janvier : V. de Nicolle, 675 millions. T. 39°3 à 22 heures.

7 janvier : Le bubon s'est résorbé lentement.

9 janvier : La résorption complète est obtenue.

Exeat le 14 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 17 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXII*.

L... (Lucien), 20 ans, manœuvre.

Entré le 26 novembre.

Etat : Coût suspect il y a 1 mois. Chancres mous en couronnes du prépuce datant de 20 jours. Bubon inguinal D. apparu depuis 2 semaines environ, actuellement fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

26 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°8 à 18 et 22 heures.

30 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 14 et 18 heures.

30 novembre : Ponction du bubon qui est très fluctuant.

3 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°5 à 12 heures.

5 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°4 à 14 heures.

Exeat le 10 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 14 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXIII.

D..., 21 ans, mécanicien.

Entré le 29 avril.

Etat : Chancre mou unique de la région du filet. Bubon inguinal G. fluctuant.

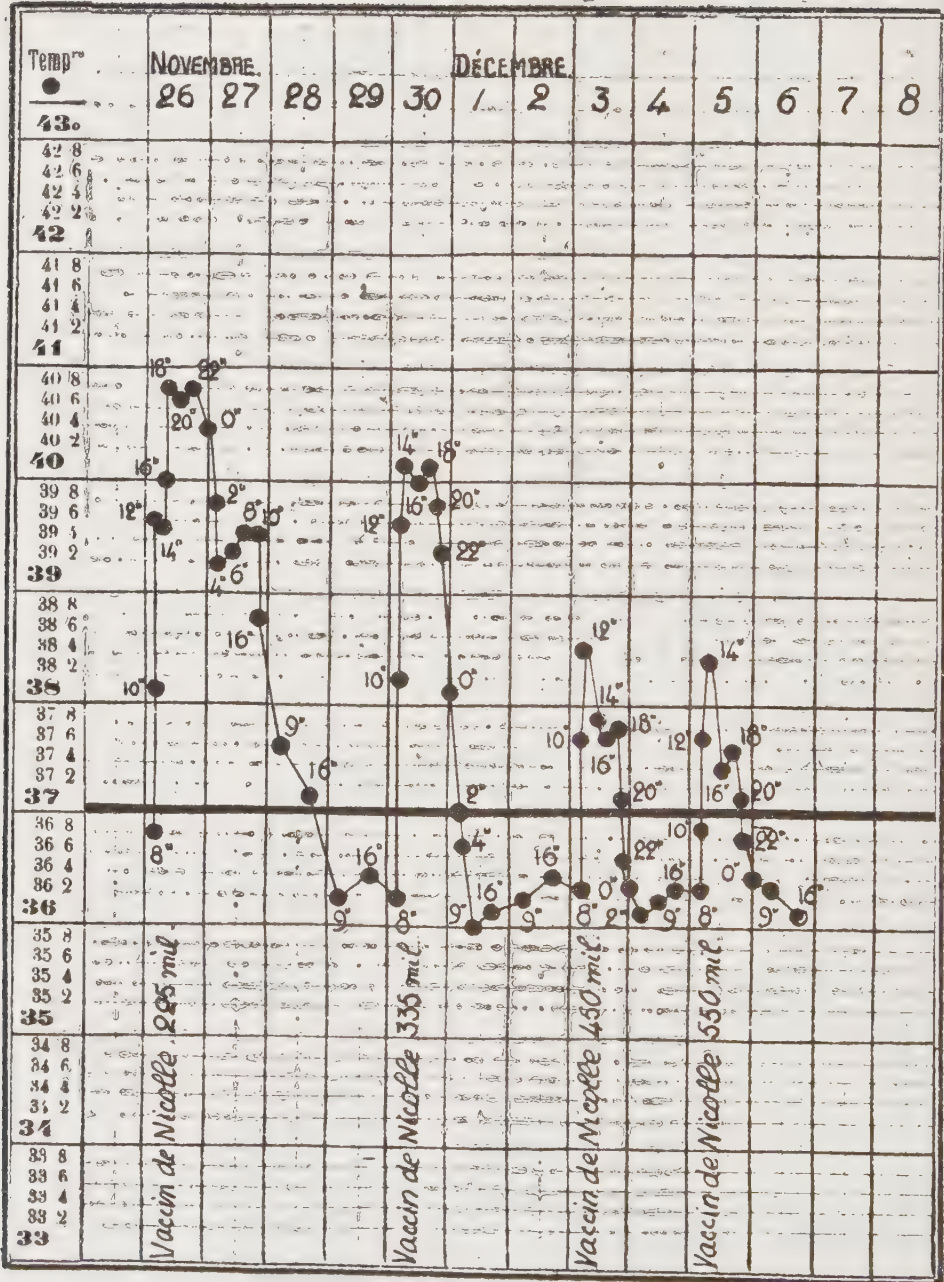


FIG. 14. — Observation LXXII, L... (Lucien).

Traitement (alb., 0) :

13 avril : Ponction du bubon. Injection intraganglionnaire de vase-line iodoformée selon la méthode de Fontan.

9 mai : L'orifice est agrandi, il s'écoule un peu de pus.

11 mai : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 12 et 18 heures.

Exeat le 21 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 21 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXIV.

V... (Henri), 20 ans, manœuvre.

Entré le 13 août.

Etat : Chancre mou unique de la face dorsale du gland datant de 3 semaines. Bubon inguinal D. datant de 8 jours, comme un œuf de poule, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

14 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°5 à 12 et 20 heures.

16 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°1 à 20 heures.

20 août : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°5 à 18 heures.

25 août : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°7 à 14 heures.

Exeat le 27 août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXV.

H..., 24 ans, valet de chambre.

Entré le 19 décembre.

Etat : Chancre mou unique du gland datant de 15 jours. Bubon inguinal G. moyen, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

19 décembre : Incision. Traitement de Fontan.

24 décembre : Il s'écoule du pus par l'orifice, en assez grande quantité. On extrait la vaseline résiduelle et on pratique :

24 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 14 heures.

28 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39° à 14 heures.

30 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°4 à 10 heures.

2 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 37°4 à 16 et 18 heures.

Exeat le 4 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement total : 17 jours; vaccinothérapique : 11 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXVI.

G... (F.), 25 ans, soutier.

Entré le 29 novembre.

Etat : Coût suspect il y a 10 jours. Chancre unique du reffet apparu 5 jours après, d'aspect nettement induré. Bubon D. comme un œuf de pigeon, non fluctuant.

Traitement (alb., 0,07) :

29 novembre : B.-W. + + + +. On décide de traiter uniquement, pour le moment, la spécificité. On pratique jusqu'au 7 décembre une injection quotidienne de solution de cyanure de mercure à la dose de 1 centigramme.

10 décembre : Le bubon a beaucoup augmenté de volume et est nettement fluctuant. On décide de le traiter par la vaccinothérapie en même temps que sera institué un traitement au sulfarsénol.

12 décembre (alb., traces) : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 19 heures.

15 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°3 à 17 heures.

16 décembre : La fluctuation est toujours très perceptible, ponction simple.

17 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°1 à 13 heures.

Exeat le 23 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXVII*.

S... (Gabriel), 32 ans, cimentier.

Entré le 28 décembre.

Etat : Chancres mous multiples traités depuis 1 mois 1/2 et actuellement cicatrisés. Volumineux bubon G. datant de 8 jours, fluctuant. Blennorrhagie.

Traitement (alb., 0) :

28 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 18 heures.

30 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°7 à 18 heures.

2 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38° à 10 heures.

4 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°8 à 14 heures.

Exeat le 11 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 14 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXVIII.

P... (André), 38 ans, camionneur.

Entré le 13 novembre.

Etat : Chancre mou unique du sillon datant de 15 jours. Bubon G. comme un œuf de poule, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

13 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°2 à 13 heures.

16 novembre : Le bubon s'est très rapidement amélioré.

20 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°7 à 19 heures.

25 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°3 à 2 heures du matin.

28 novembre : La résorption purulente s'opère lentement.

30 novembre : Il subsiste une masse indolente comme une amande.

3 décembre : Guérison.

Exeat le 11 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 18 jours.

Observations : Néant.

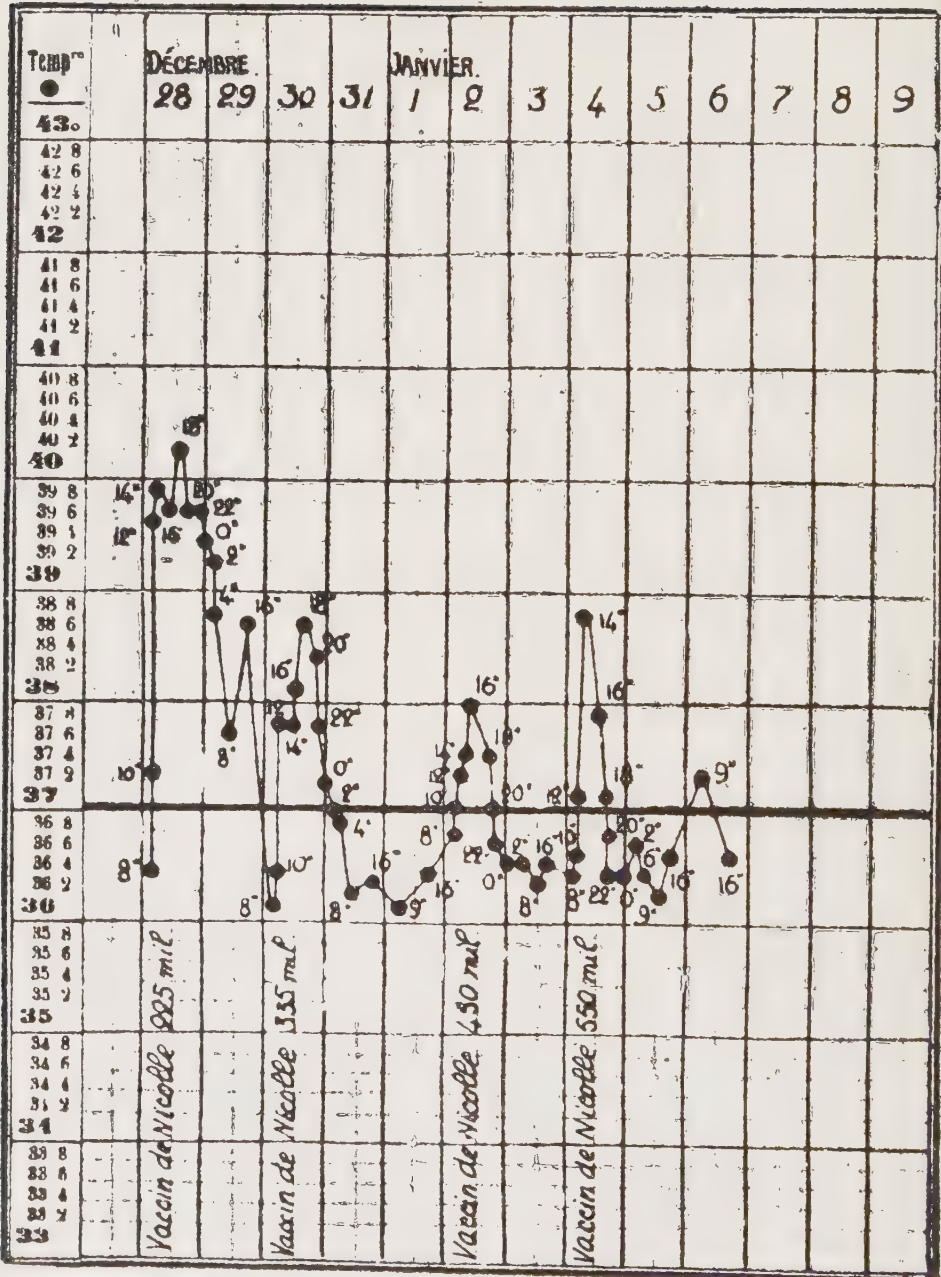


FIG. 13. — Observation LXXVII, S... (Gabriel).

OBSERVATION LXXIX.

T... (A.-E.), 24 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 11 octobre.

Etat : Chancre mou unique du sillon balanopréputial datant d'une vingtaine de jours. Bubon inguinal G. avec périadénite, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

11 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 19 heures.

14 octobre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°2 à 19 heures.

15 octobre : Amélioration considérable. Il persiste encore une petite masse inguinale indolore.

16 octobre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 37° à 15 heures.

18 octobre : Guérison.

Exeat le 18 octobre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 7 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXX.

M... (F.), 22 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 5 novembre.

Etat : Cicatrice de chancre mou survenu il y a 1 mois. Bubon inguinal G. comme un œuf de poule, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

6 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 18 heures.

9 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°5 à 16 heures.

12 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39° à 18 heures.

14 novembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°8 à 10 heures.

Exeat le 19 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXXI*.

D... (Louis), 21 ans, graisseur.

Entré le 31 janvier.

Etat : Chancres mous multiples du prépuce datant de 20 jours.

Bubon inguinal D. très fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

2 février : Etant donné l'état du bubon on ponctionne et on évacue ainsi une grosse quantité de pus.

2 février : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 14 heures.

5 février : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 12 heures.

7 février : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40°1 à 13 heures.

9 février : V. de Nicolle, 530 millions. T. 39°9 à 16 heures.

12 février : Le bubon est affaissé; il subsiste une masse indolente de laquelle on retire 1 cc. de liquide jaune citrin. *

Exeat le 12 février.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXXII.

J... (Joseph), 26 ans, cimentier.

Entré le 5 avril.

Etat : Chancres mous du sillon et de la région du frein. Bubon inguinal D. datant de 8 jours, du volume d'un œuf de poule, fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

8 mai : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 14 heures.

12 mai : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 14 et 18 heures.

13 mai : Fistulisation spontanée du bubon. On pratique un Fontan.

15 mai : On élargit l'incision.

9 juin : Cicatrisation.

Exeat le 9 juin.

Etat : Guéri.

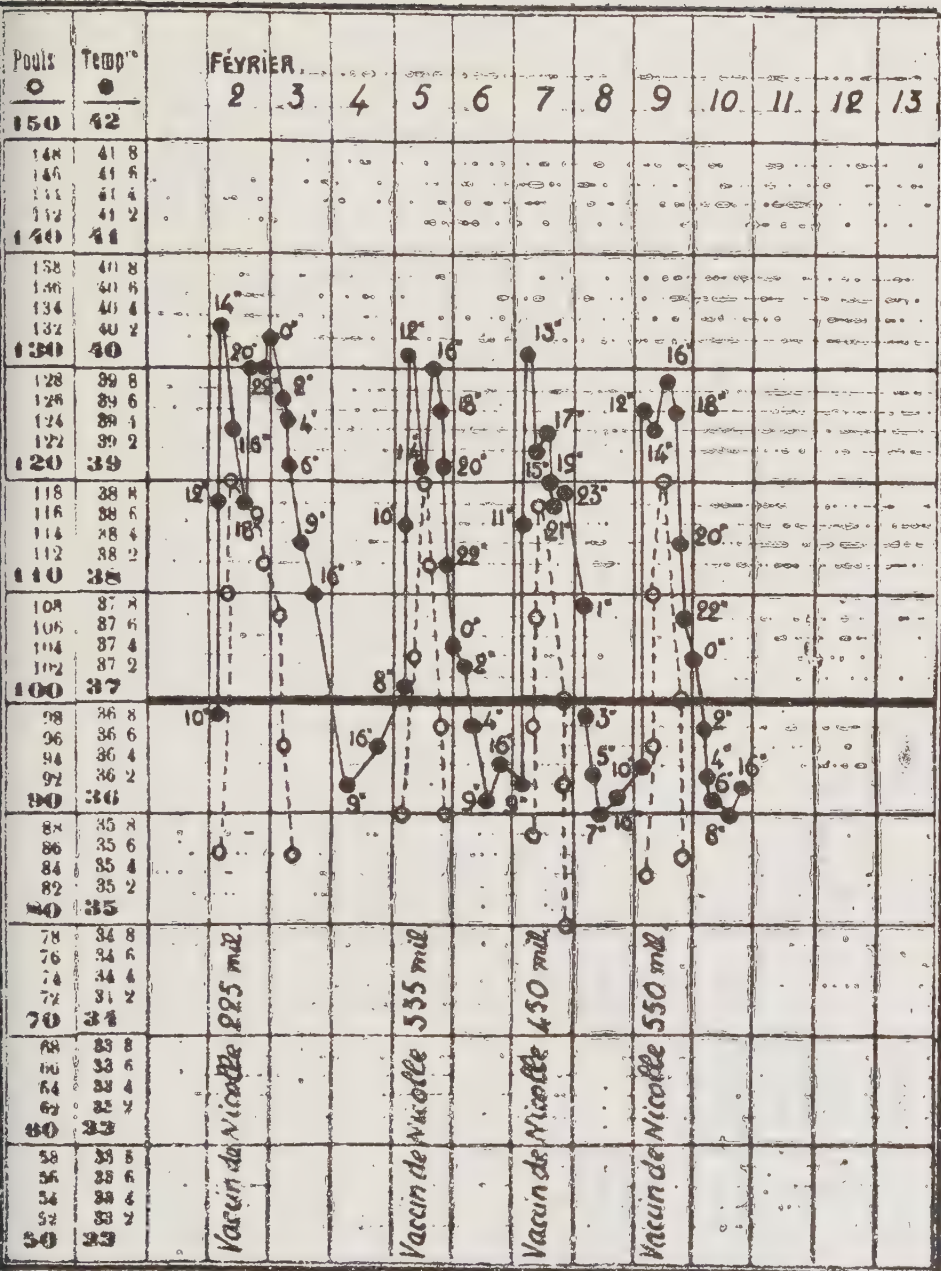


FIG. 16. — Observation LXXXI, D... (Louis).

Durée du traitement : 31 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXXIII.

P... (Gaston), 24 ans, cordonnier.

Entré le 16 août.

Etat : Chancre mou unique du sillon. Bubon inguinal G., fluctuant.

Traitement (alb., 0) :

19 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 12 heures.

26 août : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 12 heures.

Exeat le 30 août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXXIV.

S... (Albert), 23 ans, pâtissier.

Entré le 28 décembre.

Etat : Chancres mous multiples du prépuce cicatrisés. Volumineux bubon inguinal G, fluctuant.

28 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°4 à 14 heures.

30 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°5 à 14 heures.

2 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°7 à 16 heures.

4 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°7 à 16 heures.

15 janvier : Guérison.

Exeat le 18 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 18 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXXV.

L... (Jean), 18 ans.

Entré le 4 novembre.

Etat : Chancre mou unique du fourreau. Bubon inguinal G., non fluctuant.

Traitement :

5 novembre : Collargol intraveineux, 4 cc. T. 38° à 15 et 19 heures.

9 novembre : Le bubon a évolué vers la fluctuation.

9 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 37° à 19 heures, 6 heures, 9 heures.

11 novembre : Fistulisation spontanée dans la nuit du 10 au 11.

17 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39° à 21 heures.

19 novembre : Cicatrisation complète.

Exeat le 20 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

TROISIÈME GROUPE.

Malades porteurs de bubons fistulisés.

(Observations LXXXVI à CIII.)

OBSERVATION LXXXVI.

K... (A.), 24 ans, marin.

Entré le 11 juillet.

Etat : Chancre mou unique de la région du frein datant de 1 mois 1/2, actuellement cicatrisé. Bubon G. datant de 3 semaines, fistulisé spontanément le 12 juillet. Syphilis depuis 2 ans.

Traitement (alb., 0) :

13 juillet : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 22 heures.

16 juillet : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°2 à 22 heures.

19 juillet : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°2 à 15 heures.

22 juillet : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°4 à 15 heures.

24 juillet : Guérison.

Exeat le 1^{er} août.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Reste hospitalisé quelques jours supplémentaires pour traitement antisypilitique.

OBSERVATION LXXXVII.

L... (Marcel), 23 ans, marin.

Entré le 14 novembre.

Etat : Cicatrice de chancre mou de la racine de la verge, apparu il y a 1 mois environ. Bubon inguinal G. incisé à bord. Il s'écoule par l'orifice un pus jaunâtre mal lié, fétide.

Traitement (alb., 0) :

14 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°7 à 20 heures.

18 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°1 à 16 heures.

20 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 40° à 16 heures.

24 novembre : Cicatrisation.

Exeat le 28 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Reste hospitalisé pour réactivation Σ.

OBSERVATION LXXXVIII*.

D... (Henri), 18 ans, manoeuvre.

Entré le 10 décembre.

Etat : Coût suspect il y a 1 mois. Aucune trace de cicatrice de chancre. Bubon inguinal D. volumineux fistulisé spontanément il y a 4 jours.

Traitement (alb., 0) :

10 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 14 heures.

12 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 15 heures.

12 décembre : Grosse amélioration.

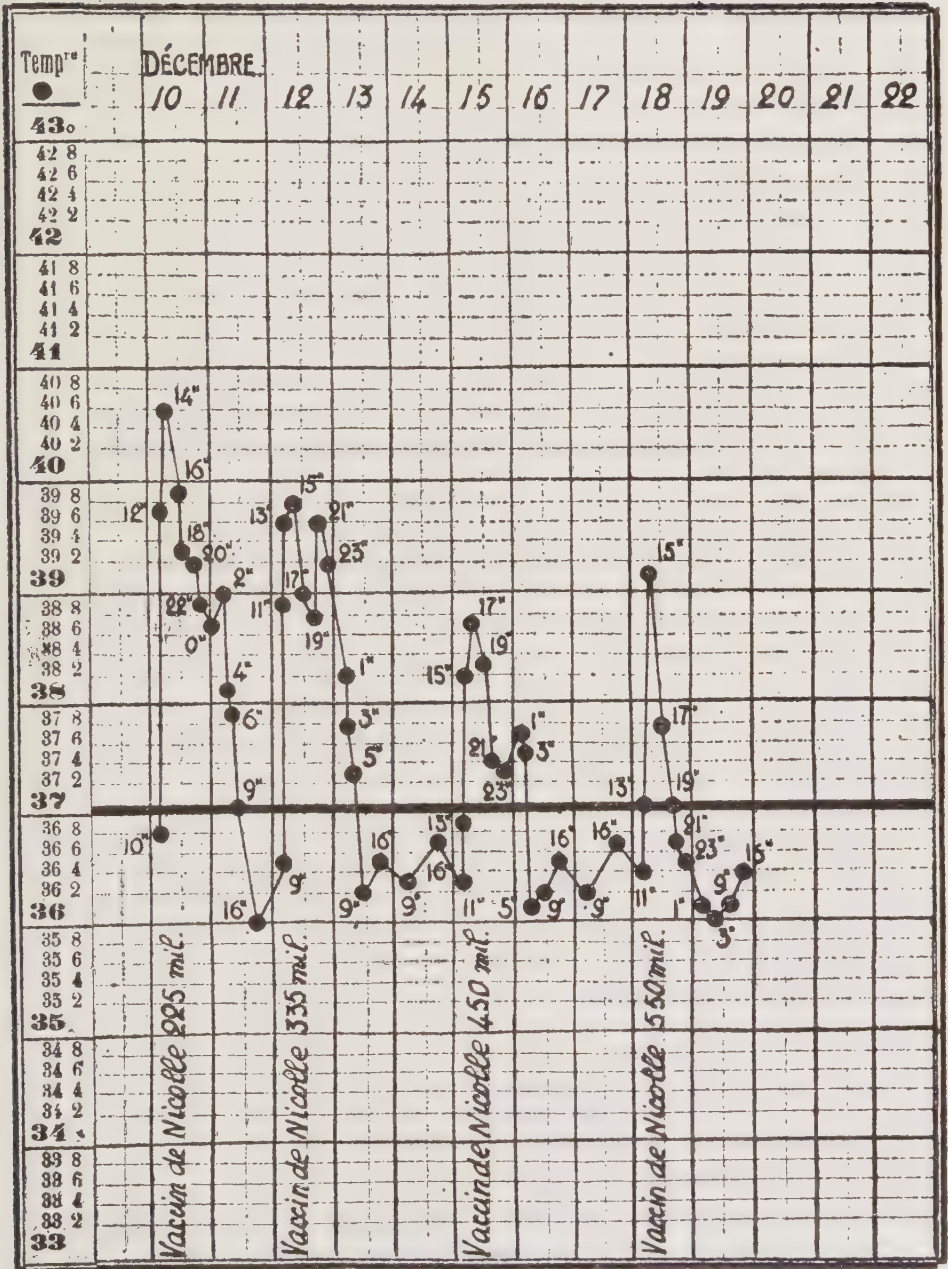


FIG. 17. — Observation LXXXVIII, D... (Henri).

15 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°7 à 17 heures.

18 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°1 à 15 heures.

Exeat le 19 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION LXXXIX.

B... (Jean), 30 ans.

Entré le 10 avril.

Etat : Chancre mou du prépuce apparu 5 jours après coït suspect. Bubon D. fistulisé avec décollement étendu. Suppuration abondante.

Traitement (alb., 0) :

11 avril : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°7 à 15 heures.

13 avril : L'amélioration est manifeste, bubon indolore, suppuration très diminuée.

16 avril : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°4 à 15 heures.

20 avril : L'orifice de fistulisation se chancrellise.

21 avril : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°3 à 15 heures.

25 avril : Amélioration progressive.

25 avril : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°5 à 15 heures.

Exeat le 1^{er} mai par mesure disciplinaire.

Etat : L'ulcération est sèche, croûteuse, a perdu sa rougeur. La cicatrisation complète est imminente.

Durée du traitement : 20 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XC.

M... (Pierre), 17 ans, garçon de courses.

Entré le 28 mars.

Etat : Chancre mou unique du méat datant de 2 mois. Volumineux bubon D. fistulisé depuis 8 à 10 jours suppurant abondamment. Sujet pâle, maigre, très déprimé.

Traitement (alb., 0) :

26 mars : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 9 heures du matin.

28 mars : On agrandit l'orifice sur 4 à 5 centimètres.

29 mars : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°8 à 17 heures.

30 mars : Le malade a été un peu fatigué par cette deuxième injection; on décide de pratiquer désormais le seul traitement local habituel.

21 avril : La cicatrisation est en bonne voie.

30 avril : Cicatrisation complète.

Exeat le 3 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 35 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XCI.

B... (Henri), 20 ans, manœuvre.

Entré le 10 février.

Etat : 8 chancres mous lenticulaires en couronne du bord libre du prépuce. Bubon G. apparu il y a 1 mois, fistulisé depuis 8 jours. L'orifice se présente comme une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, dont le fond rose, purulent, bourgeonne par place. Pour le moment, il ne semble pas s'agir d'une évolution torpide.

Traitement (alb., 0) :

3 février : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 16 heures.

8 février : Le fond de l'ulcération est plus net, la suppuration est tarie.

12 février : La guérison est imminente.

14 février : Cicatrisation complète.

Exeat le 21 février.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 11 jours.

Observations : Hospitalisé quelques jours supplémentaires pour traitement local des chancres.

OBSERVATION XCII.

C... (A.), 30 ans, charpentier.

Entré le 24 août.

Etat : chancres mous multiples du sillon. Bubon inguinal G. fistulisé suppurant peu.

Traitement (Alb., 0) :

26 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°2 à 12 heures.

31 août : Amélioration.

2 septembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39° à 15 heures.

10 septembre : La cicatrisation s'opère normalement.

Exeat le 16 septembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 21 jours.

Observations : Revient le 27 septembre, le bubon qui était guéri a augmenté de volume de nouveau.

Traitement (Alb., 0) :

3 octobre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°5 à 13 heures.

11 octobre : Guérison.

Exeat le 11 octobre.

Etat : Guéri.

Observations : Néant.

OBSERVATION XCIII.*

L... (L.), 19 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 24 novembre.

Etat : Chancre mixte du fourreau datant de 9 jours, survenu 3 jours après un coït. Il existe une nette infiltration sous-jacente. Adénite G. polyganglionnaire du volume d'un œuf de cane, mamelonnée. Un point fluctuant à la partie inférieure de la masse. Adénopathie inguinale D. du type Σ .

Traitement (Alb., 0) : On décide devant l'aspect atypique des lésions de traiter uniquement la spécificité.

25 novembre : N. A. B., 0 g. 15.

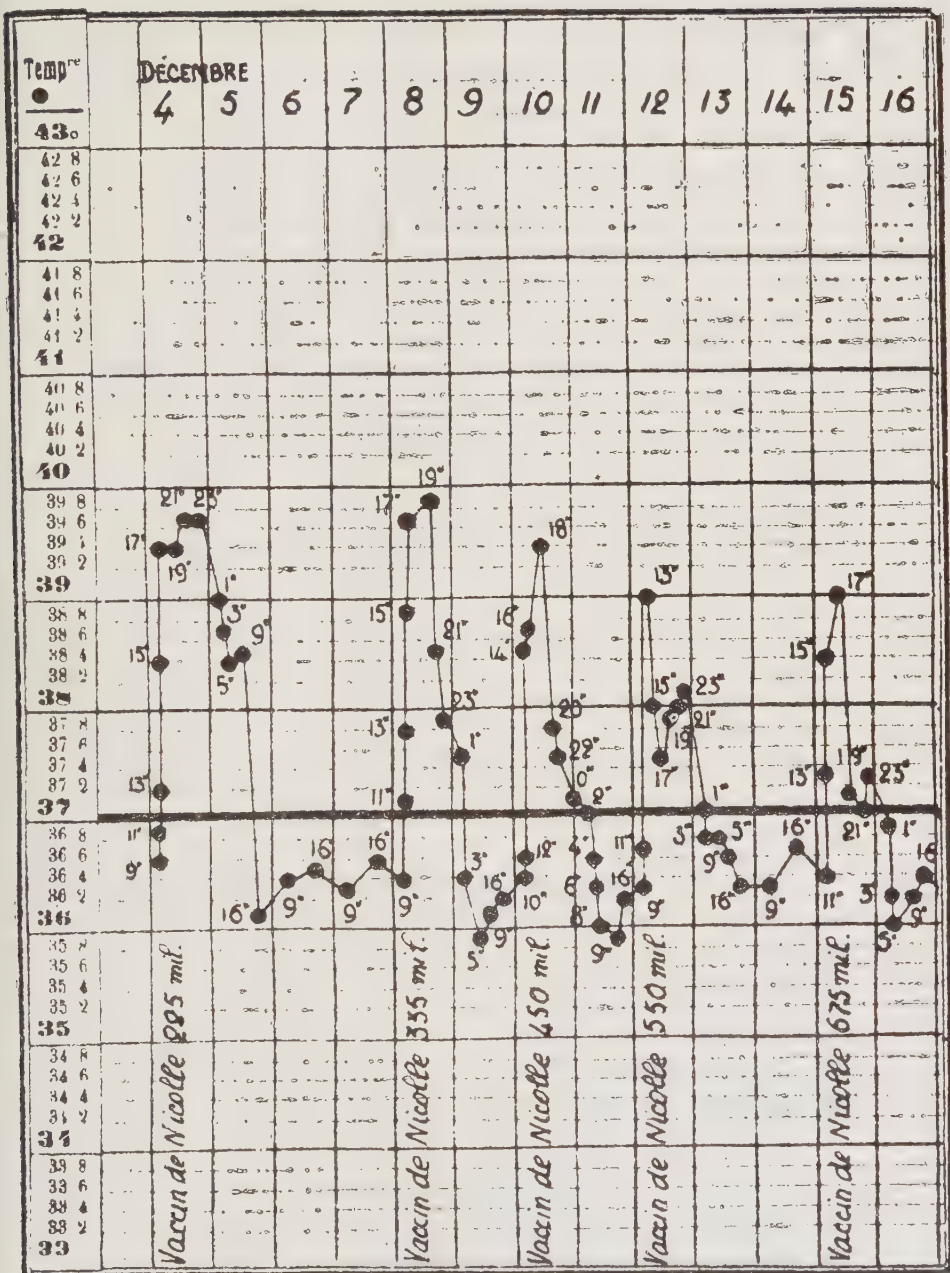


FIG. 18. — Observation XCHI, L... (L.).

29 novembre : N. A. B. 0 g. 30.

29 novembre : Fistulation spontanée de l'adénite qui présente actuellement tous les caractères du bubon.

4 décembre : Bubonule de la verge. Incision.

4 décembre : Réaction de BW = 0.

4 décembre (alb., 0) : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°7 à 21 et 23 heures.

8 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°9 à 19 heures.

10 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°4 à 18 heures.

12 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39° à 13 heures.

15 décembre : V. de Nicolle, 675 millions. T. 39° à 17 heures.

18 décembre : Cicatrisation de l'orifice de fistulisation.

Exeat le 23 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XCIV.

G... (Jean), 52 ans, tonnelier.

Entré le 23 août.

Etat : Chancre mou unique du sillon. Bubon inguinal D. fistulisé, suintement minime.

Traitement (Alb., 0) :

25 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°6 à 18 et 21 heures.

31 août : Il subsiste une petite induration fibreuse. La fistule est en voie de guérison.

Exeat le 3 septembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XCV.

G... (Marcel), 17 ans, garçon de restaurant.

Entré le 13 avril.

Etat : Aucune trace de chancre dont le malade nie effectivement l'existence. Bubons D. et G. apparus il y a 2 mois, fistulisés depuis plusieurs semaines avec décollement important.

Traitement (Alb., 0) :

13 avril : Fontan des deux côtés.

27 avril : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°3 à 14 heures.

1^{er} mai : Amélioration très sensible des bubons. Il persiste cependant des trajets fistuleux multiples.

4 mai : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°4 à 14 heures.

8 mai : L'empâtement a disparu. Le décollement se comble peu à peu.

11 mai : Amélioration lente.

18 mai : Les orifices de fistulisation ne sont pas encore tout à fait comblés.

25 mai : Cicatrisation.

Exéat le 25 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 41 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XCVI.

L... (André), 17 ans, tailleur de pierres.

Entré le 6 juin.

Etat : Phimosi serré acquis. Verge en battant de cloche avec écoulement abondant. Au niveau du prépuce, ulcération comme 0 f. 50 ayant détruit les tissus et laissant voir le gland lui-même ulcéré.

Le malade a remarqué le 25 février (il y a 4 mois) une masse inguinale G. douloureuse sur laquelle un médecin a fait appliquer à deux reprises des sangsues sans résultat. Quelques jours plus tard, l'incision qui est pratiquée libère une grande quantité de pus. Lavages à l'eau oxygénée étendue, puis attouchements à la teinture d'iode. Depuis 2 mois il subsiste un trajet fistuleux qui laisse échapper continuellement un pus fétide.

Traitement (Alb., 0) :

9 juin : V. de Nicolle, 225 millions. T. 37°3 à 21 heures.
12 juin : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 14 heures.
16 juin : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°7 à 14 heures.
18 juin : Le chancre est très amélioré ainsi que la lésion inguinale.

2 juin : Cicatrisation complète de l'orifice de fistulisation.

Exeat le 19 juillet.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

Observations : a attendu une place en chirurgie pour circoncision.

OBSERVATION XCVII.

F... (S.), 22 ans, soulier.

Entré le 27 novembre.

Etat : Chancre mou unique de sillon datant de 3 jours. Volumineux bubon G. avec périadénite, fistulisé spontanément depuis quelques jours.

Traitement (Alb., 0) :

27 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°2 à 19 heures.

1^{er} décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 37°4 à 20 heures.

2 décembre : Le bubon est très amélioré.

3 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°9 à 15 heures.

6 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°8 à 17 heures.

8 décembre : V. de Nicolle, 675 millions. T. 39°5 à 15 heures.

9 décembre : la guérison complète n'est pas obtenue mais paraît imminente.

Exeat le 9 décembre.

Etat : La guérison semble imminente.

Durée du traitement : 12 jours.

Observation : Malade revenu le 31 décembre.

État à ce moment : Le bubon déjà traité suppure de nouveau depuis 5 jours.

Traitement (alb., 0) :

31 décembre : Elargissement de l'orifice.

31 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 17 heures.

2 janvier : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°2 à 18 heures.

5 janvier : V. de Nicolle, 450 millions. T. 37°6 à 19 heures.

7 janvier : V. de Nicolle, 550 millions. T. 37°3 à 15 heures.

Exeat le 22 janvier.

Etat : Définitivement guéri.

Durée du traitement : 22 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XCVIII*.

T... (Adrien), 18 ans, charpentier.

Entré le 26 novembre.

Etat : Chancres mous multiples du sillon et de la région du filet apparus il y a 1 mois 1/2. Actuellement cicatrisés. Bubon inguinal D. ulcéré spontanément il y a 15 jours.

Traitement (alb., 0) :

26 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°8 à 16 heures.

30 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°4 à 12 heures.

3 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°1 à 14 heures.

5 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°9 à 12 heures.

Exeat le 7 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 41 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION XCIX.

G... (Maurice), 33 ans, manœuvre.

Entré le 10 novembre.

Etat : Chancres mou du limbe préputial actuellement cicatrisé. Bubon G. comme un œuf de pigeon fistulisé depuis 2 jours.

Traitement (alb., 0) :

12 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 22 heures.

14 novembre : Amélioration très sensible.

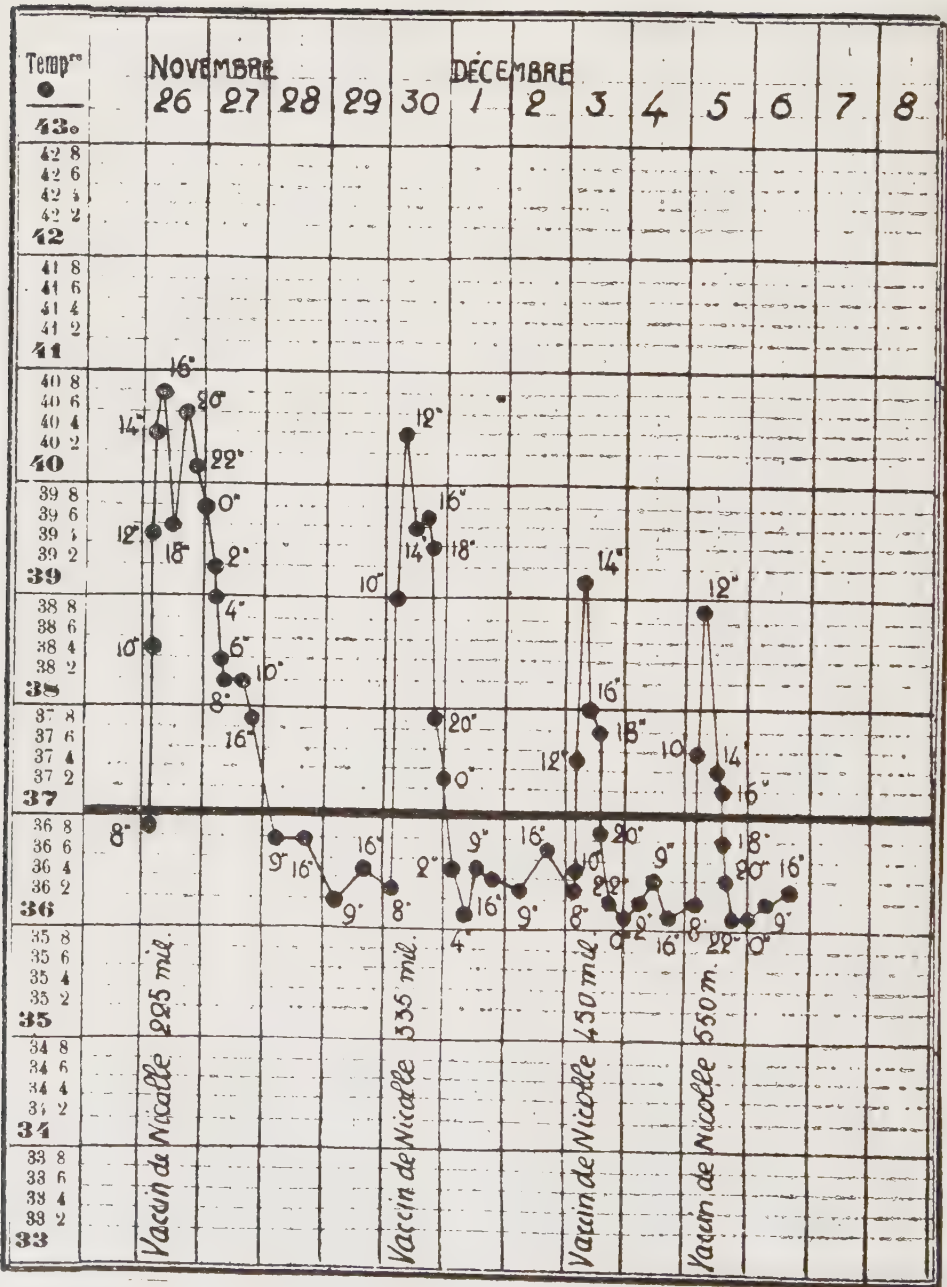


FIG. 49. — Observation XCVIII, T... (Adrien).

Exeat le 18 novembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 6 jours.

Observations : Néant.

(OBSERVATION C.)

K... (Albin), 34 ans, manœuvre.

Entré le 14 décembre.

Etat : Malade venant pour une adénite inguinale D. datant d'une dizaine de jours environ. Masse étalée, développée aux dépens de plusieurs ganglions, mobile sur les plans profonds, assez mal délimitée, non douloureuse. La peau est rosée à ce niveau, ou rose violacée, et épouse la forme mamelonnée de la tuméfaction. Un point ramolli au centre laisse échapper une sérosité gommeuse blanchâtre. Adénite iliaque volumineuse.

Petites ulcérations creuses lenticulaires groupées en petits amas sur le frein, donnant l'aspect de chancres mous traités depuis quelques jours avec succès par la poudre d'iodoforme. Ces lésions dateraient de 1 mois.

Pas d'hypertrophie du foie, ni de la rate. Adénopathie indolente du type Σ dans l'aîne G.

Il est difficile de se prononcer entre le bubon ou le lymphogranulome. On décide de pratiquer un traitement vaccinothérapique d'épreuve.

Traitement (alb., 0) :

19 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 18 heures.

21 décembre : Par le petit pertuis signalé il s'écoule de la sérosité louche qui n'a nullement les caractères du pus chancrelleux.

23 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39° à 19 heures.

26 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°6 à 12 heures.

28 décembre : Guérison complète de l'adénite. Il s'agissait bien d'un bubon.

Exeat le 30 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 9 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION CI.

Th..., 29 ans, chauffeur de bateau.

Entré le 29 avril.

Etat : Chancres mous du fourreau et du scrotum. Bubon inguinal G. comme une amande, fistulisé.

Traitement (alb., 0) :

4 mai : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°9 à 18 heures.

8 mai : V. de Nicolle, 335 millions. T. 40°2 à 16 heures.

8 mai : l'orifice de fistulisation est encore béant; il existe un décollement de 2 centimètres vers le pubis, de 1 centimètre vers l'épine iliaque.

11 mai : La cicatrisation est en bonne voie.

16 mai : Cicatrisation complète.

Exeat le 25 mai.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 12 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION CII.

T... (Théodore), 35 ans, manoeuvre.

Entré le 15 août.

Etat : Chancre mou du reflet préputial, comme 0 fr. 50, datant de 1 mois. Bubon inguinal D. fistulé depuis 8 jours. Malade déjà traité pour syphilis.

Traitement (alb., 0) :

16 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 0 heure.

17 août : N. A. B., 0 g. 15.

20 août : Vac. de Nicolle, 335 millions. T. 38°9 à 0 heure.

21 août : N. A. B., 0 g. 30.

23 août : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°9 à 14 heures.

26 août : Guérison du bubon.

27 août : N. A. B. 0 g. 45, etc.

Exeat le 3 septembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 10 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION CIII.

T... (S.), 49 ans, cuisinier.

Entré le 23 juin.

Etat : Chancres mous du gland en voie de cicatrisation. Bubon G. apparu il y a 1 mois, fistulisé depuis plusieurs jours.

Traitement :

2 juillet : Injection dans la cavité de vaseline iodoformée, méthode de Fontan.

5 juillet : Il sort de l'orifice une grande quantité de pus et de vaseline.

10 juillet : Guérison imminente.

Exeat le 16 juillet.

Etat : Il subsiste un empâtement assez important.

Observations : Malade revenu le 2 août.

Etat à ce moment : Le bubon a subi un accroissement progressif quelques jours après le départ du malade. On décide de traiter cette rechute par la vaccinothérapie spécifique.

Traitement (alb., 0) :

3 août : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°6 à 16 heures.

6 août : Très nette amélioration.

10 août : Guérison définitive.

Exeat le 10 août.

Etat : Guéri définitivement.

Durée du traitement : 7 jours.

Observations : Néant.

QUATRIÈME GROUPE.

**Malades porteurs de bubons fistulisés spontanément,
ou incisés, à orifice chancrellisé.**

(Observations CIV à CX.)

OBSERVATION CIV.

L... (Paul), 30 ans, manœuvre.

Entré le 10 décembre.

Etat : Deux chancres mous lenticulaires du sillon balanopréputial avoisinant le filet, un troisième sur le rebord préputial, datant de plus de deux mois. Bubon inguinal D. incisé depuis quelques jours. Actuellement il existe une vaste plaie chancrellisée de 7 centimètres de long, à bords décollés. Deux chancres d'inoculation au voisinage du pubis.

Traitement (alb., 0) :

10 décembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°5 à 22 heures.

13 décembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 16 heures.

13 décembre : La plaie est déjà détergée.

16 décembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°9 à 10, 12 et 18 heures.

19 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 39°8 à 10 heures.

1er janvier : Cicatrisation complète.

Exeat le 1er février.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 21 jours.

Observations : Malade en cours de traitement pour syphilis resté hospitalisé quelques jours supplémentaires.

OBSERVATION CV.

L... (Emile), 19 ans, chaudronnier.

Entré le 6 février.

Etat : Chancre mixte du prépuce comme 0 fr. 20. Bubons bilatéraux : à G., très fluctuant, prêt à se fistuliser, à D. fistulisé depuis quelques jours. Il existe actuellement une vaste ulcération chancrélisée de la dimension d'une pièce de 5 francs. Les bords sont nettement décollés et le fond purulent a mauvais aspect.

Traitement (alb., 0) :

10 février : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 18 heures.

14 février : Amélioration. Le fond bourgeonne. Le bubon G. est en voie de résorption.

16 février : L'ulcération est très améliorée.

17 février : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°2 à 16 heures.

25 février : La cicatrisation s'effectue rapidement. Le bubon G. s'est résorbé.

Exeat le 10 mars.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 30 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION CVI*.

F... (François), 25 ans, marin.

Entré le 23 novembre.

Etat : Chancres mous multiples du sillon. Bubon inguinal G fistulisé spontanément depuis 9 jours. Orifice chancrélisé.

Traitement (alb., 0) :

23 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40° à 2 heures du matin.

26 novembre : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°8 à 12 heures.

30 novembre : V. de Nicolle, 450 millions. T. 38°4 à 14 heures.

3 décembre : V. de Nicolle, 550 millions. T. 38°8 à 16 heures.

6 décembre : Cicatrisation complète de la plaie inguinale.

Exeat le 17 décembre.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 43 jours.

Observations : Néant.

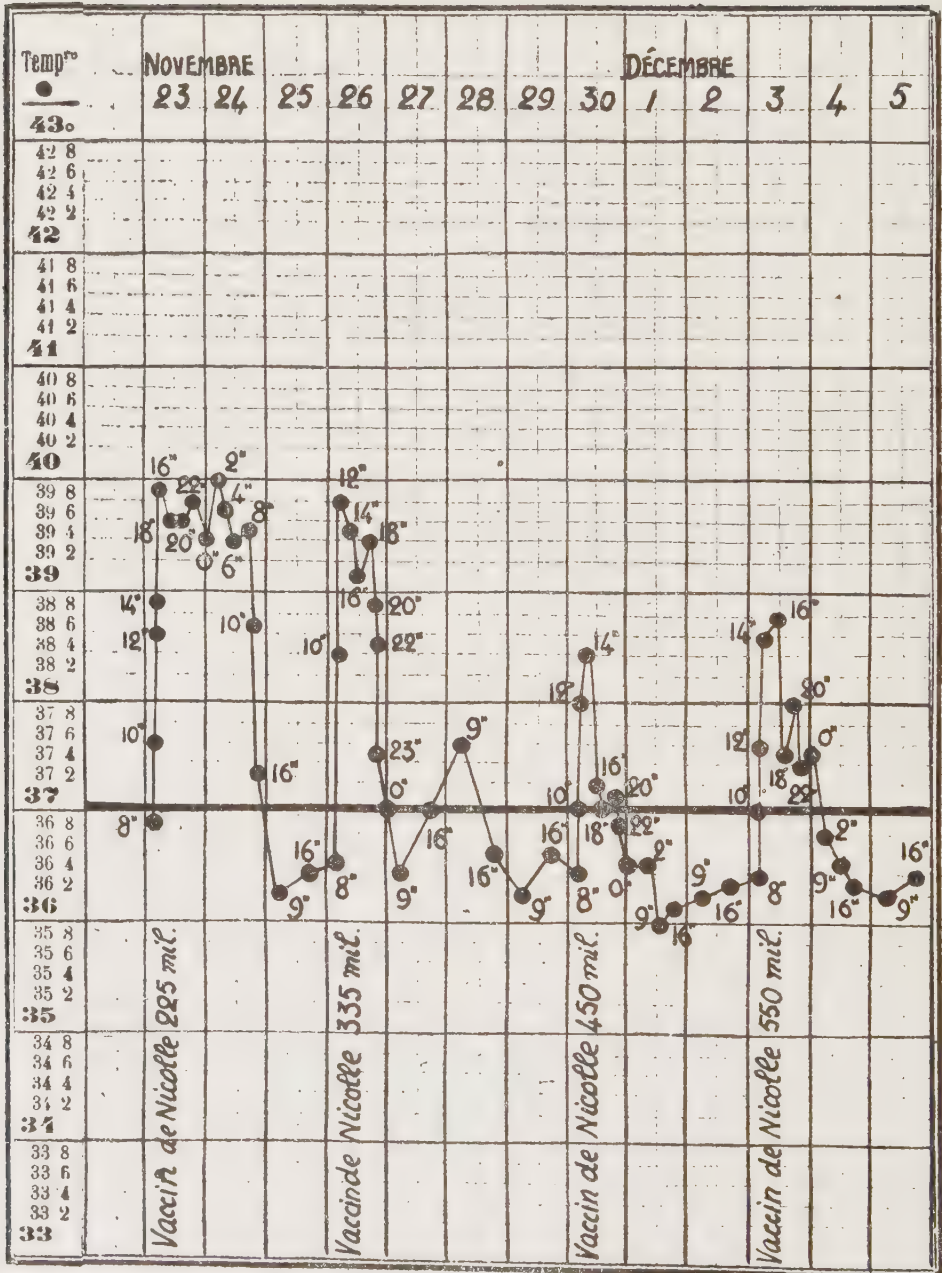


FIG. 20. — Observation CVI, F... (François).

OBSERVATION CVII.

B... (Fernand), 23 ans, manœuvre.

Entré : 23 janvier.

Etat : 2 chancres mous du prépuce apparus 1 mois après les derniers rapports (?). Bubon inguinal D. comme un œuf de pigeon datant de 10 jours, non fluctuant.

Traitement :

26 janvier : Incision. Traitement de Fontan.

4 février : Le bubon suppure légèrement, mais semble en bonne voie.

6 février : L'orifice d'évacuation s'est chancrellisé, les bords sont anfractueux, décollés.

6 février (alb., 0) : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°8 à 16 heures.

11 février : L'orifice est en bonne voie de guérison.

14 février : Cicatrisation complète.

Exeat le 23 février.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 19 jours.

Observations : Malade revenu dans le service 2 mois après guérison pour un nouveau chancre mou du fourreau. Aucune réaction ganglionnaire.

OBSERVATION CVIII.

Q... (Joseph), 35 ans, manœuvre.

Entré le 23 février.

Etat : Chancre mou apparu il y a 15 jours, situé dans la région du frein. Bubon D. datant de 10 jours, fistulisé spontanément depuis 4 jours. L'orifice de fistulisation est chancrellisé. La région immédiatement voisine est rouge violacée sur une surface comme 3 francs.

Traitement (alb., 0) :

25 février : V. de Nicolle, 225 millions. T. 39°7 à 3 heures du matin.

25 février : Le bubon est amélioré.

27 février : Le fond bourgeonne. Il subsiste un orifice ovalaire de 1 centimètre sur 1 cm. 1/2.

27 février : V. de Nicolle, 335 millions. T. 38°9 à 0 heure.

2 mars : Etat stationnaire.

5 mars : L'amélioration obtenue est suffisante pour que l'on autorise le malade à reprendre son travail. Il quitte l'hôpital, mais revient le :

15 mars : L'aspect n'a guère changé depuis 10 jours. Les bords de l'ulcération sont nets. Le fond rosé est baigné d'une sérosité claire.

27 mars : Le repos n'a pas donné d'amélioration notable. On bourre la petite cavité d'une mèche iodoformée.

29 mars : Le malade n'est pas tout à fait guéri, il demande à partir.

Exeat le 29 mars.

Etat : Non encore complètement guéri.

Durée du traitement : 34 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION CIX.

B... (François), 15 ans, marin.

Entré le 9 novembre.

Etat : Chancre mou et phimosis datant de 15 jours. Bubon D. et G., ce dernier incisé et traité à bord.

Traitement (alb., 0) :

11 novembre : Traitement de Fontan à D. On réinjecte de la vaseline iodoformée dans la cavité du bubon G.

17 novembre : L'orifice du bubon G. s'est chancrellisé.

18 novembre : V. de Nicolle, 225 millions. T. 40°1 à 18 et 20 heures.

26 novembre : Mise à plat du bubon D.

10 décembre : Poudrage à l'iodoforme des deux côtés.

Exeat le 9 janvier.

Etat : Guéri.

Durée du traitement : 57 jours.

Observations : Néant.

OBSERVATION CX.

M... (Odette), 30 ans, manoeuvre.

Entrée le 20 février.

Etat : malade ayant présenté un volumineux bubon inguinal G. très douloureux traité durant 15 jours par des pansements humides et repos au lit. Le 12 février, fistulisation spontanée, dans la nuit, donnant issue à une grande quantité de pus. Quelques jours plus tard un deuxième bubon plus inférieur se fistulise à son tour.

Actuellement la malade présente deux plaies chancrèllisées suppurant abondamment : L'une, inguinale G., mesure 4 centimètres, les bords sont anfractueux, violacés, l'introduction du stylet permet de déceler l'existence d'un trajet fistuleux de 4 à 5 centimètres vers le pubis.

L'autre, sous-jacente, à 7 centimètres de la première, présente les mêmes caractères mais est moins étendue.

Traitement (alb. 0) :

23 février : V. de Nicolle, 175 millions. T. 39°8 à 19 heures.

24 février : La malade dit être très soulagée par cette première injection.

26 février : V. de Nicolle, 225 millions. T. 38°8 à 0 heure.

27 février : Le suintement est à peu près tari.

28 février : V. de Nicolle, 335 millions. T. 39°3 à 15 heures.

3 mars : V. de Nicolle, 450 millions. T. 39°1 à 15 heures.

6 mars : L'orifice inférieur est cicatrisé. L'orifice supérieur est très amélioré, il n'est plus possible de retrouver le trajet fistuleux.

Exeat le 26 mars.

Etat : Guérie.

Durée du traitement : 30 jours.

Observations : Néant.

CHAPITRE VIII

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Observations I à XLVIII.

Bubons non fluctuants.

ACTION DE LA VACCINOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE SUR LE CHANCRE.

Nous avons constaté une très grande inconstance dans l'évolution du chancre mou au cours du traitement vaccinothérapique.

Quelques-uns sont rapidement améliorés, le fond se déterge, apparaît moins vermoulu, le suintement rétrocede très vite, aboutissant à la cicatrisation.

D'autres, plus nombreux, présentent une amélioration passagère pendant les tout premiers jours, puis restent stationnaires, nécessitant la mise en œuvre d'un traitement local actif. C'est ainsi que de parti pris la plupart d'entre eux ont été traités pour leur propre compte, dès l'arrivée des malades, concurremment à la vaccinothérapie visant, elle, plus particulièrement le bubon. Ce traitement local a été exposé plus haut (lavages au tartrate ferrico-potassique, poudrages à la poudre d'iodoforme, enfumages iodés, pommade à l'aristol les derniers jours).

Il ne nous est pas permis, dans ces conditions, de tirer de déductions précises, si ce n'est que la thérapeutique vaccinale a des effets très variables — le plus souvent médiocres — sur le chancre lui-même et que là n'est pas sa véritable indication. Ces faits sont admis par la grande majorité des auteurs.

M. Petges a abandonné dans la plupart des cas le traitement du chancre mou non compliqué par le vaccin de Nicolle en raison du nombre considérable d'échecs observés.

Cependant, il considère que, dans certains cas, chancres extensifs, phagédéniques (cas du malade X..., dont l'observation est rapportée page 176), observés en général chez les marins, mal ou pas soignés à bord de bâtiments dépourvus de médecin, ou bien chez des colons non traités au moment opportun dans la brousse. C'est encore le cas des sujets victimes d'une erreur de diagnostic et traités pour syphilis alors qu'ils ont une infection à bacille de Ducrey.

La vaccinothérapie est alors tout à fait indiquée et rend parfois des services incontestables.

M. Petges considère comme inutile, en présence d'un chancre non compliqué ou en présence d'un chancre accompagné d'un bubon, de continuer la vaccinothérapie après 3 à 4 injections au maximum.

ACTION DU VACCIN DE NICOLLE SUR LE BUBON NON FLUCTUANT.

La première manifestation thérapeutique à noter est toute subjective, se traduisant par une diminution appréciable de la douleur, d'autant plus nette que celle-ci était plus intense. Tous les malades, ou à peu près, signalent le fait.

La rétrocession des phénomènes inflammatoires suit, plus ou moins précoce. C'est d'abord une diminution du volume de la poche aboutissant sans autre manifestation à un petit nodule allongé, indolore, roulant sous le doigt, qui s'aplanira lui-même par la suite.

La tumeur n'aboutit pas à la fluctuation. Exceptionnellement cet affaissement ne se produit pas suffisamment vite, le pus se collecte et la fluctuation apparaît (dans 4 p. 100 des cas environ).

RÉSULTATS.

Sur les 48 observations de bubons non fluctuants, traités par la vaccinothérapie, que nous venons de rapporter :

46 malades ont guéri rapidement sans complication :

23 (soit la moitié sur 46 succès) ont demandé un délai compris entre 5 et 10 jours;

16 de 11 à 15 jours;

5 de 16 à 20 jours;

2 de 21 à 25 jours;

2 ont abouti à la suppuration (obs. XX et XXX) :

Chez l'un, à la suite de la 2^e injection pratiquée seulement 6 jours après la première, expliquant en partie l'échec;

Chez l'autre, après la 4^e injection, dans un cas assez atypique.

Ces résultats donnent 95,8 p. 100 de succès.

La durée moyenne du traitement a été de 10 à 12 jours.

Il est à signaler que chez un malade (obs. XXII) 3 injections de 5 cc. de lait n'avaient pas donné de modification appréciable de la lésion; on pratiqua à des intervalles équivalents les trois premières doses de vaccin de Nicolle. La guérison fut obtenue malgré un maximum thermique moins élevé : 40°1; 39°9; 39°4, au lieu de : 40°4, 40°7, 39°6, en 13 jours.

RÉACTIONS ANORMALES. — Aucune réaction anormale n'a été notée chez ces malades, dont deux ont reçu concurremment un traitement antisyphilitique intercalé avec les injections de vaccin : novarsénobenzol (obs. XI), sulfarsénol (obs. XXVI). On retrouvera des cas analogues parmi les observations qui suivent.

RECHUTES ET RÉCIDIVES. — Les auteurs ont signalé des cas — rares il est vrai — de rechute et de récidive après divers traitements de l'infection chancreuse. A la suite de la vaccinothérapie spécifique, elles ont été également rencontrées, peut-être moins fréquemment.

Les rechutes ont eu lieu pour des bubons non fistulisés ou non ponctionnés.

Dans la catégorie de malades qui nous occupe, un seul a présenté, quelques jours après son départ, une rechute de bubon, qui, traitée par la méthode de Fontan associée à la vaccinothérapie, a guéri définitivement, puisque revu pour blennorrhagie 6 mois après, le sujet n'avait présenté aucun nouvel accident (obs. XXI).

Observations XLIX à LXXXV.

Bubons fluctuants.

Nous ne nous occuperons plus de l'état du chancre, qui est traité à part.

ACTION DU VACCIN DE NICOLLE SUR LE BUBON FLUCTUANT.

Le bubon est moins favorablement influencé à ce stade de suppuration que dans les premiers jours de son évolution.

La sensation douloureuse est encore ici rapidement atténuée. Tantôt on assiste à la résorption purulente pure et simple, dont la précocité est très variable; tantôt, au cours du traitement, la fistulisation spontanée apparaît, donnant issue à un pus modifié dans sa couleur, dont la consistance est plus fluide, puis l'orifice cicatrise rapidement (aucun cas de chancrellisation).

Plusieurs fois, ainsi que nous l'avons vu (obs. L, LIV, LXI, LXII, LXVIII, LXXII, LXXVI), la ponction évacuatrice simple a été pratiquée lorsque la résorption ne paraissait pas devoir se produire spontanément. Les délais de guérison ont été sensiblement écourtés.

Nous en reparlerons d'ailleurs plus loin.

Chez d'autres, enfin, fistulisés spontanément en cours de traitement, on a injecté en même temps de la vaseline iodoformée suivant la méthode de Fontan.

RÉSULTATS.

Chez ces 37 malades porteurs de bubons fluctuants, 6 (obs. LV, LVI, LVIII, LXV, LXXIII, LXXV) ont été traités par la méthode de Fontan, soit avant le traitement par la vaccinothérapie, soit après une seule injection. Elles ont pour intérêt de donner un aperçu du traitement combiné. Nous les considérerons à part, ne pouvant les faire figurer parmi les échecs ou les succès de la méthode que nous étudions.

Restent donc dans cette catégorie 31 observations, parmi lesquelles :

19 bubons se sont résorbés purement et simplement, soit
61 p. 100 :

5 de 5 à 10 jours;

8 de 11 à 15 jours;

5 de 16 à 20 jours;

1 de 21 à 25 jours;

8 ont été ponctionnés en cours de traitement et ont guéri :

6 entre 11 et 15 jours;

2 entre 21 et 25 jours;

4 se sont fistulisés spontanément (obs. LXIII, LXIX, LXXXII, LXXXV) et ont cicatrisé :

2 entre 10 et 15 jours;

2 entre 25 et 31 jours.

Ces résultats donnent ici 87,1 p. 100 de succès.

Le délai moyen nécessaire à la guérison oscille autour de 15 jours, que le bubon ait été ou non ponctionné. Cette ponction préventive a un gros intérêt dans les cas où la fistulisation semble devoir se produire. Elle permet de retirer le pus aseptiquement sans laisser de cicatrice apparente et d'activer la guérison, qui a été ainsi obtenue dans le même temps que celle des bubons résorbés spontanément.

Parmi les 6 malades traités en même temps par la méthode de Fontan :

- 4 ont guéri en 15 à 17 jours;
- 1 a guéri en 21 jours;
- 1 a guéri en 38 jours.

Ces deux derniers n'ont reçu chacun qu'une seule injection de vaccin de Nicolle. Pour les 4 autres, le traitement combiné n'a pas présenté d'avantages. Il n'y a aucun intérêt à le pratiquer.

RECHUTES ET RÉCIDIVES. — Nous n'avons relevé dans cette catégorie aucun cas de rechute, mais par contre une récurrence. Le malade G... (Emile) (obs. LXV) est revenu 13 jours après la guérison d'un bubon inguinal G. porteur d'un bubon D. fistulisé et chancrellisé, consécutif à une nouvelle contamination, guéri lui-même en 9 jours.

Observations LXXXVI à CIII.

Bubons fistulisés avant traitement.

Les résultats ont été heureux, tous ont, sous l'influence du traitement vaccinothérapique, cicatrisé rapidement. Un seul a été suivi de chancrellisation.

18 malades dans cette catégorie ont guéri :

- 7 entre 5 et 10 jours;
- 7 entre 11 et 15 jours;
- 1 en 20 jours;
- 1 en 21 jours;
- 1 en 35 jours;
- 1 en 41 jours.

14 ont donc cicatrisé dans un temps compris entre 5 et 15 jours.

Pour les 4 autres : l'un (obs. LXXXIX, 20 jours) a eu une

chancrification en cours de traitement, mais a guéri assez vite malgré cela; les 3 autres (obs. XC, XCII, XCV) n'ont reçu que deux injections de vaccin de Nicolle et ne peuvent être considérés ainsi comme des échecs réels qu'une thérapeutique plus active aurait vraisemblablement permis de classer avec les autres.

Il y a eu dans cette catégorie 94,4 p. 100 de succès.

Le délai moyen de guérison est plus court que pour le groupe d'observations précédent (bubons fluctuants) puisqu'il est de 12 à 13 jours.

RECHUTES ET RÉCIDIVES. — Une rechute est à mentionner après 10 jours (obs. XCII), qui a demandé elle-même 8 jours de traitement et une seule injection de vaccin (225 millions de bacilles).

Un autre malade (obs. XCVII) a présenté une complication analogue 20 jours après son départ, alors que la cicatrisation n'était pas complètement obtenue. Cette rechute a réclamé 4 injections de vaccin de Nicolle et 22 jours de traitement.

Observations CIV à CX.

Bubons fistulisés à orifice chancrifié.

Il ne s'agit là bien entendu que de bubons dont l'orifice était chancrifié avant tout traitement vaccinothérapique. Le traitement local par poudrage à l'iodoforme a été pratiqué.

Sur un total de 7 malades :

1 a guéri en 13 jours;

1 a guéri en 19 jours;

1 a guéri en 21 jours;

2 ont guéri en 30 jours;

1 a guéri en 37 jours;

1 autre enfin est parti avant guérison complète après 34 jours au cours desquels il avait déjà quitté l'hôpital pendant une semaine.

Parmi ces malades la plupart étaient porteurs de lésions étendues, qui ont cicatrisé dans un temps relativement court. Le délai moyen oscille ainsi autour de 20-25 jours.

Lorsqu'on songe aux résultats obtenus dans des cas analogues par le seul traitement local, la supériorité de la vaccinothérapie spécifique est indiscutable.

Chez le malade B... (François) (obs. CLX), une seule injection de vaccin de Nicolle a été pratiquée, suivie de l'application d'une thérapeutique locale active. La cicatrisation s'est éternisée puisqu'elle n'a pu être obtenue qu'au bout de deux mois.

Déductions générales sur l'emploi du vaccin de Nicolle.

Le premier fait à noter dans les observations que nous venons de rapporter est l'extrême rareté des réactions anormales, ou des accidents, si l'on observe les précautions que nous avons rappelées plus haut. (Examen du sujet avant le traitement, diète liquide pendant la réaction thermique.)

INTERVALLES DES INJECTIONS.

Chez ces 110 malades, tous n'ont pu recevoir, pour diverses raisons, les doses successives de vaccin de Nicolle suivant un rythme identique.

Il nous a été facile de juger dans quelles conditions les résultats les plus favorables ont été obtenus. La plupart des malades chez lesquels le traitement n'a pas été suffisamment intense (injections trop espacées, trop peu nombreuses) ont entraîné ou présenté des complications (fistulisation, rechute, etc.), cas de ceux répondant aux observations numéros XX, XXI, LXXXIX, etc. Chez les autres rien de tout cela.

Pour obtenir les meilleurs effets, par conséquent, les injections doivent être suffisamment rapprochées. Deux jours de repos après la première, un jour seulement d'intervalle entre les suivantes suivant le rythme schématisé : 1, 4, 6, 8, 10.

Il n'y a pas intérêt à attendre l'effet de la première dose pour pratiquer la suivante comme le conseillent certains auteurs. Ce procédé constitue une perte de temps certaine, le nombre total des injections sera malgré cela à peu près équivalent, enfin cette thérapeutique par à-coups est suivie beaucoup plus souvent d'échecs partiels. Il semble que l'agent infectieux du bubon acquière ainsi une vaccino-résistance qui le rend moins sensible au traitement spécifique.

NOMBRE DES INJECTIONS.

Le nombre moyen des injections qui ont été pratiquées est, comme on a pu le remarquer, de 3 à 4.

Nous pensons qu'en aucun cas, même les plus favorables, leur total ne doit être inférieur à 2. Le délai de 4 à 5 jours qui leur correspond est un minimum pour pouvoir affirmer une régression définitive des lésions et une guérison réelle. Pratiquer la seule première dose de 225 millions serait exposer le malade, par une action thérapeutique trop timide, à voir le bubon dont il est porteur reprendre de l'activité et nécessiter par la suite une série désormais complète.

D'autre part, le total de 5 injections — au plus 6 — est un maximum à ne pas dépasser. Il paraît préférable dans les cas où la guérison n'est pas encore obtenue — ce qui se présente rarement en pratique — d'adopter une thérapeutique locale, soit définitivement, soit pour permettre, après un repos d'une huitaine de jours, de reprendre une nouvelle série.

Indications thérapeutiques du vaccin de Nicolle.

CHANCRE MOU.

Il est très certain — nous en avons déjà parlé, et les auteurs sont d'accord sur ce point — que le traitement vaccinothé-

Tableau récapitulatif.

ÉTAT DU BUBON	NOMBRE TOTAL DES CAS	NOMBRE DE GUÉRISONS	TEMPS						NOMBRE D'ÉCHECS (fistulisés ou incisés)	POURCENTAGE DES SUCCÈS	TEMPS MOYEN
			de 5 à 10 jours	de 11 à 15 jours	de 16 à 20 jours	de 21 à 25 jours	de 26 à 30 jours	au delà de 30 jours			
Non fluctuant.	48	46	23	16	5	2	»	»	2 (fistulisés ou incisés)	95,8	10-12 jours
Fluctuant. ...	37 dont 6 combinés avec « Fontan » soit 31	49 sans ponction	5	8	5	1	»	»	4 (fistulisés)	87,1	15 jours
		8 avec ponction	»	6	»	2	»	»	0		
Fistulisé.	18	17	7	7	»	1	»	2	1 (chancrellisé)	94,4	12-13 jours
Orifice chancrellisé.	7	7	»	1	1	1	2	2	0	100	20-25 jours

rapide donne sur la lésion chancreuse initiale des résultats très inconstants. Parfois, guérison rapide, parfois, coup de fouet vers la guérison suivi d'une inertie inexplicable, parfois encore effets à peu près nuls malgré un traitement intense.

Là n'est pas l'indication véritable du vaccin de Nicolle, le traitement local conserve toute sa valeur sans discussion possible.

Une ou deux injections hâteront, certes, dans les cas rebelles, la guérison, et il pourra être utile d'y recourir secondairement. Leur intérêt primordial sera de prévenir à peu près à coup sûr les complications ganglionnaires ou l'extension anormale de l'ulcération.

Le vaccin de Nicolle conserve cependant son indication :

1° Dans les cas de chancres mous inaccessibles au traitement local (chancres du rectum, etc.);

2° Dans les cas de phagédénisme. Des guérisons de chancres mous phagédéniques datant de plusieurs mois et ayant résisté à toutes les thérapeutiques ont été obtenues très rapidement par l'emploi du vaccin de Nicolle.

BUBONS.

Il suffit de consulter le tableau récapitulatif de la page 169 pour se rendre compte que sont justiciables du traitement vaccinothérapique :

- 1° Les bubons à orifice chancrélisé, dont la cicatrisation demandait autrefois des semaines ou des mois;
- 2° Les bubons avant la période de fluctuation;
- 3° Les bubons fistulisés spontanément avant tout traitement.

Pour les bubons fluctuants, les résultats sont moins bons. Ici on pourra hésiter entre plusieurs alternatives :

Traitement local (Fontan par exemple);

Vaccinothérapie simple;

Vaccinothérapie avec ponction évacuatrice.

Vaccinothérapie associée au procédé de Fontan.

Ce dernier moyen pratiqué d'emblée n'offre pas d'avantages. En cas d'insuffisance manifeste de l'une ou l'autre thérapeutique, il peut être essayé.

VACCINOTHÉRAPIE AVEC PONCTION ÉVACUATRICE SIMPLE. — Si, au cours du traitement vaccinothérapique d'un bubon collecté, la résorption purulente semble devoir traîner, il y a tout intérêt à pratiquer une ponction évacuatrice qui permet de prévenir la fistulisation spontanée et de hâter notablement la guérison. Nous en avons signalé 8 cas : 6 guéris entre 11 et 15 jours, 2 entre 21 et 25 jours.

Cette ponction est pratiquée le plus habituellement à l'aide d'une aiguille de calibre suffisant pour permettre le passage facile du pus, montée sur une seringue ordinaire de 20 cc.

Le vaccin de Nicolle utilisé dans le diagnostic différentiel de la lymphogranulomatose inguinale bénigne, maladie de Nicolas et Favre.

La lymphogranulomatose inguinale se caractérise par « une adénite subaiguë suppurée des ganglions inguinaux avec péri-adénite, suppuration parcellaire en petits foyers, fistulisation simultanée ou successive de ces foyers..., une extension presque constante aux ganglions de la fosse iliaque interne..., un début par un petit chancre d'inoculation constant ou presque ». « Sa nature certainement ni tuberculeuse, ni chancrelleuse, ni syphilitique, ni infectieuse banale (staphylococcique, streptococcique, etc.), quoique certainement infectieuse, mais à agent pathogène indéterminé, son origine très sûrement génitale et même vénérienne », ont permis à « Nicolas et Favre de la regarder comme une quatrième maladie vénérienne ». (*Thérapeutique de la syphilis et des maladies vénériennes*, par MM. J. Nicolas, H. Moutot et M. Durand, édit., 1928).

Cette description a de nombreux points communs avec celle du bubon chancrelleux, les éléments différentiels sont surtout

dans l'aspect du chancre primitif constituant une érosion moins profonde dans la lymphogranulomatose — que l'on retrouve d'ailleurs très rarement — au niveau de laquelle on ne peut déceler la présence du bacille de Ducrey. L'adénite iliaque est constamment associée à l'adénite inguinale, fait exceptionnel pour le bubon chancrelleux.

On conçoit qu'il puisse y avoir parfois une réelle difficulté à faire un diagnostic précis. Deux des observations ci-dessus en sont des exemples, plus particulièrement l'observation C. Le malade K... (A.) présentait des lésions dont l'examen ne permettait pas de faire nettement le départ entre l'une et l'autre affection. Ce malade reçut 3 injections de vaccin de Nicolle et guérit en 9 jours.

Nous pensons avec M. le Professeur Petges que le traitement d'épreuve par la vaccinothérapie antichancrelleuse est un moyen de diagnostic de grande valeur dans certains cas d'adénite vénérienne dont l'aspect est atypique. Son effet constant sur le bubon permet d'éliminer à coup sûr la maladie de Nicolas et Favre, plus particulièrement lorsque l'auto-inoculation pratiquée selon la méthode de M. Ravaut n'aura pas donné lieu à l'apparition d'un chancre d'inoculation.

Dans les cas où l'auto-inoculation ainsi que le traitement d'épreuve auront donné des résultats négatifs, on est en droit d'affirmer, en présence d'un tableau clinique semblable à celui décrit par MM. Nicolas et Favre, qu'on se trouve bien en présence d'une lymphogranulomatose bénigne, et non d'un bubon à évolution torpide, qui n'aurait pas été précédé d'un chancre mou apparent.

Dans le service de dermatologie du Professeur Petges, en présence de discussions au sujet de confusions possibles entre le bubon et le lymphogranulome de Nicolas et Favre, le diagnostic n'est affirmé — dans les cas réservés à la publication — qu'après élimination du bubon chancrelleux par 2 ou 3 injections de vaccin de Nicolle, ce qui est bien un acte de foi en la valeur thérapeutique spécifique de la vaccinothérapie.

LE VACCIN NICOLLE A-T-IL UNE ACTION SPÉCIFIQUE ?

Tous les auteurs — ou presque — parmi les plus autorisés ont reconnu au vaccin de Nicolle une action triple : pyrétotérique, protéinothérapique, spécifique. D'autres n'admettent pas la spécificité.

Il n'y a pas parallélisme régulier entre l'intensité des phénomènes réactionnels et l'action thérapeutique. Certains malades (obs. I, IX, LVII, XLIX, etc.) ont guéri dans un délai allant de 5 à 10 jours avec des réactions modérées et une température maxima relativement peu élevée (autour de 39°5).

D'autres, malgré une secousse plus intense et un maximum thermique élevé (au-dessus de 40, quelquefois proche de 41), n'ont présenté qu'une amélioration relativement lente (obs. LIV, LXI, etc.).

On peut déduire en somme que s'il y a un rapport entre les réactions vaccinales et la précocité de la guérison très fréquemment, ce n'est pas une règle absolue. Il est bon de rappeler ici, d'ailleurs, que dans la pratique de la vaccinothérapie par voie intramusculaire, malgré des réactions très inférieures à celles provoquées par la voie intraveineuse, des résultats équivalents ont été obtenus.

Ces faits sont bien pour nous faire admettre l'existence d'un facteur spécifique, ils s'ajoutent aux arguments suivants :

Au cours du traitement des lésions chancrelleuses par le vaccin de Nicolle, habituellement après la 3^e ou 4^e injection, c'est-à-dire au bout d'une semaine en moyenne, l'intradermo-réaction, positive antérieurement, devient négative. L'état allergique s'est transformé en un état anergique. Il existe une modification de l'état humoral, fait qui ne se produit avec aucune des autres thérapeutiques générales non spécifiques (lait, vaccin T. A. B., etc.).

La chancrellisation de l'orifice du bubon est exceptionnelle, alors qu'elle est fréquente avec les autres procédés, ainsi que les lésions étendues et le phagédénisme.

D'autres arguments, au contraire, plaident contre cette idée de spécificité :

La vaccinothérapie n'a que peu d'action sur la lésion initiale : le chancre mou, c'est un fait. Faut-il admettre la présence d'autres éléments pathogènes à son niveau ? Il est certain que l'efficacité du traitement local tend à le prouver.

Il y a enfin l'existence des rechutes et des récidives, on peut les évaluer à 2 à 3 p. 100 des cas, immédiatement ou dans les semaines qui suivent. Elles sont survenues dans les observations que nous avons rapportées chez des malades dont le traitement n'avait pas été suffisamment énergique (dose ou total des injections insuffisants, intervalles de repos trop grands).

Que conclure ?

Nous nous rallions à la conception de MM. J. Nicolas et Lacassagne et nous pensons que l'action du vaccin de Nicolle est triple :

pyréthérapique;
protéique;
spécifique,

avec peut-être prédominance de l'un ou de l'autre facteur suivant le sujet traité — comme nous l'avons constaté au cours des observations — de même que toute thérapeutique agit suivant le malade avec une modalité particulière.

AVANTAGES DE LA VACCINOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE SUR LES AUTRES PROCÉDÉS.

La vaccinothérapie n'exige pour être pratiquée qu'un matériel très restreint (seringue avec aiguille, tampon de coton, alcool, garrot), elle ne demande que quelques secondes à être exécutée comme toute injection intraveineuse banale.

Il n'y a pas de modalité possible dans sa pratique, et elle est toujours identique à elle-même.

C'est une méthode propre, rapide, indolore.

Entre les jours d'injection, les malades peuvent se déplacer sans être gênés par un pansement.

La vaccinothérapie antichancrelleuse s'applique aux bubons à toutes les phases de leur évolution en donnant le plus souvent des résultats supérieurs à ceux obtenus avec les autres thérapeutiques.

Ne comportant aucun traitement local pour les bubons non fistulisés (sauf parfois la ponction simple), elle ne crée aucune incision qui causerait une cicatrice définitive quelquefois très apparente.

L'emploi du vaccin de Nicolle, enfin, ne présente aucun danger si un examen du malade est pratiqué avant le traitement et si celui-ci ne commet pas d'imprudence pendant toute la durée des réactions. On peut sur ce point le comparer très exactement au vaccin antitiphoïdique T. A. B.

INCONVÉNIENTS.

Vaccinothérapie antistreptobacillaire et biotropisme.

Nous ne pouvons passer sous silence, à une époque où la question est à l'ordre du jour, la possibilité de phénomènes de biotropisme indirect (exaltation sous l'influence d'une action thérapeutique, destinée à combattre un élément pathogène donné, d'autres microbes qui existent à l'état latent dans l'organisme).

Dans une conférence faite le 15 mai 1930 à l'Hôpital Saint-Louis, M. le Docteur Milian signalait, parmi des phénomènes infectieux secondaires aux injections de vaccins, « l'érythème polymorphe après traitement de chancrelle au Dmelcos — dont il a observé plusieurs cas — et dont M. Sézary a signalé une belle observation où il a pu reproduire trois fois l'érythème chez le même sujet à chaque répétition d'injection ».

Parmi les malades dont nous avons étudié les observations à la Clinique dermatologique de Bordeaux, nous

n'avons pu relever d'exemples analogues, mais M. Petges a eu l'occasion d'observer un cas qu'il considère comme un type de biotropisme de Milian tout à fait caractéristique.

L'observation de ce malade est citée dans la thèse faite ici même par M. Lecoulant, en 1928. Nous la reproduisons *in extenso*, accompagnée de la feuille de température correspondante.

OBSERVATION.

X..., 35 ans, sujet vigoureux, rentre en France le 25 juillet 1928 venant du Cameroun, où il a habité pendant deux ans. Il est porteur, depuis trois mois, d'une ulcération chancrilleuse du frein et du méat. Il a présenté plusieurs autres chancres mous caractéristiques actuellement guéris.

A l'examen du 25 juillet 1928, on note une vaste ulcération anfractueuse, profonde, à bords décollés, sur la face inférieure du gland et du repli préputial dont le frein a été rongé depuis plusieurs semaines. Le fond est inégal, purulent, tapissé de travées nécrotiques sur une largeur de 1 centimètre environ. Une fissure profonde s'enfonce jusqu'au voisinage de la fosse naviculaire sans que la muqueuse urétrale soit entamée, mais avec un bubonule profond non ouvert.

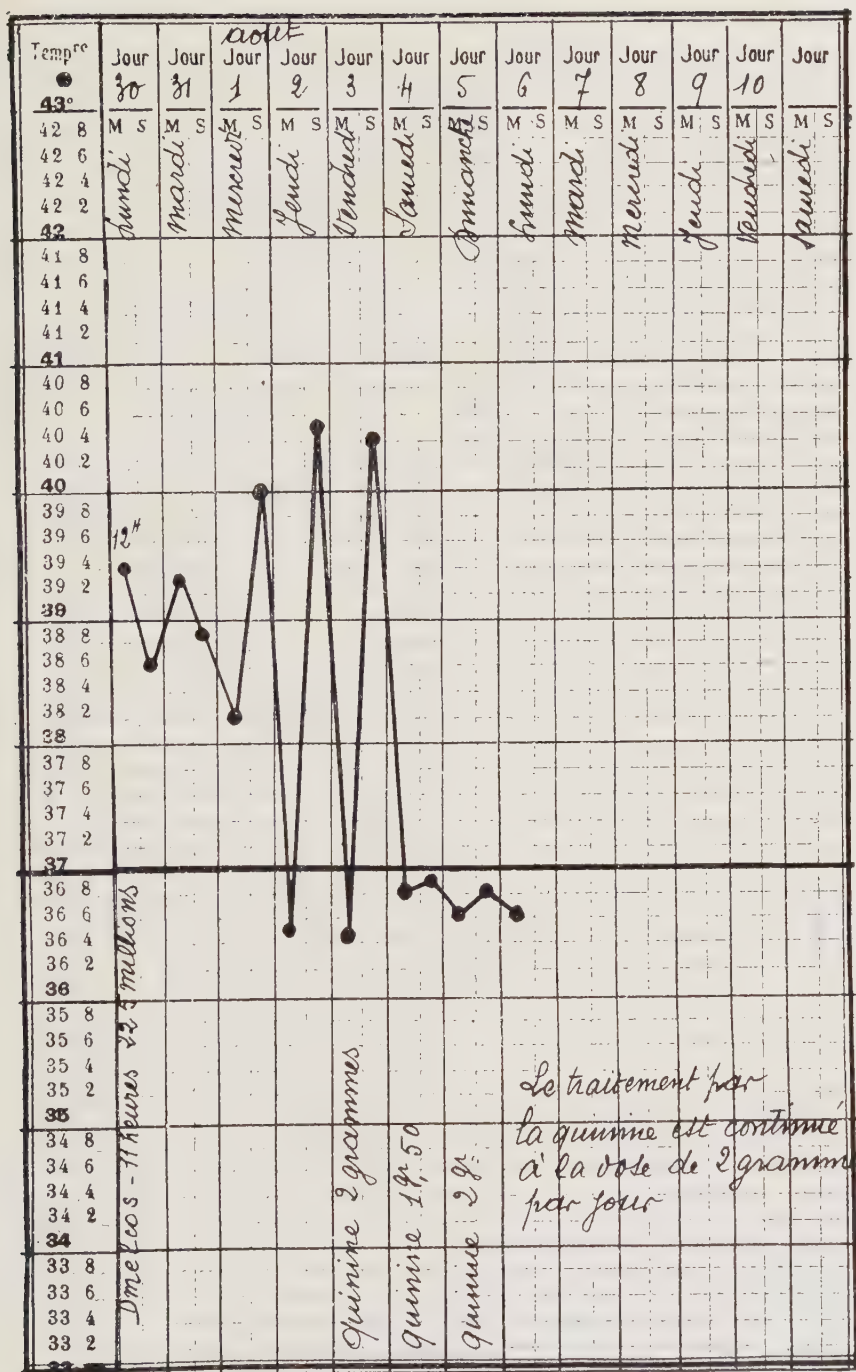
On ne trouve pas d'adénopathie inguinale du type syphilitique, non plus que d'adénopathie épitrochléenne.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

L'examen microscopique du produit de raclage des lésions ne montre pas de bacilles de Ducrey, car l'ulcération est l'objet de traitements par les antiseptiques ou les caustiques depuis plusieurs semaines.

Le 30 juillet 1928, le malade reçoit, à 11 heures, une première injection intraveineuse de Dmelcos (225 millions), et la température atteint, à midi, 39°4, pour osciller ensuite autour de 39 jusqu'au 1^{er} août 1928. Elle prend alors le type rémittent, dépassant le soir 40°4 pendant trois jours, accompagnée d'une sensation de gêne douloureuse dans les hypocondres droit et gauche.

Le foie, qui jusqu'alors ne dépassait pas les limites normales,



Cliché dû à l'obligeance de M. le Docteur Lecoulant.

Fig. 21. — Accès palustre déclenché par le traitement vaccinothérapique. Malade X...

augmente de volume. Son bord inférieur descend à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La rate est douloureuse et percutable alors qu'elle ne l'était pas auparavant. On soupçonne un paludisme déclenché par le traitement vaccinothérapique et on prescrit 2 grammes de quinine par jour en ingestion.

Pendant son séjour de deux ans au Cameroun, le malade n'avait pas eu le moindre accident de fièvre palustre, grâce à l'influence de la quinine préventive dont il a toujours pris 0,25 centigrammes à 0,50 centigrammes par jour. Dès son débarquement, le 25 juillet 1928, il en avait cessé l'usage.

La recherche de l'hématozoaire dans le sang a été négative, mais elle a été pratiquée après deux jours de traitement par la quinine.

Après plusieurs jours de cette médication, la température était revenue à la normale, néanmoins le traitement antipalustre est continué.

Le 13 août, ce bubonule déjà signalé plus haut s'ouvre et se vide par le canal urétral.

Une deuxième injection de Dmelcos à 335 millions est faite le 20 août sans incident (39°9 le soir, 36°7 le lendemain).

Le chancre mou a guéri complètement après la troisième injection, pratiquée le 28 août (39°8 le soir, 36°7 le lendemain) et à l'aide du traitement local habituel : lavages avec la solution de tartrate ferrico-potassique à 40 p. 1.000, après détersion à l'éther et application de poudres d'airol.

DIFFICULTÉ D'EMPLOI DE LA VACCINOTHÉRAPIE SCÉCIFIQUE EN CLIENTÈLE.

La thérapeutique vaccinale antistreptobacillaire présente, nous l'avons vu, de réels avantages, qui s'apprécient surtout en milieu hospitalier, où les malades sont soumis à la surveillance d'un personnel expérimenté, accoutumé à assister sans inquiétude aux phénomènes réactionnels quelque peu dramatiques qui se produisent au cours du traitement (température élevée, frisson, céphalée, vomissements).

Il n'en est pas de même en ce qui concerne la clientèle pri-

vée. Le malade et son entourage, quoique dûment prévenus de l'existence constante, normale, et sans caractère de gravité de ces phénomènes, sont toujours surpris et prennent peur de leur intensité, d'où affolement inutile pour la famille, répugnance marquée du malade à se soumettre aux injections ultérieures.

Rare sera celui qui se sentira satisfait de l'intensité du malaise, s'imaginant par là que l'effet thérapeutique en est plus actif.

En pratique, il est relativement facile de convaincre le sujet de l'utilité et de l'efficacité de cette thérapeutique, mais après les premières réactions, le médecin devra souvent employer toute son autorité persuasive pour vaincre l'appréhension, non justifiée par un réel danger, d'un sujet qui se refuserait à accepter un traitement dont la poursuite lui semble trop pénible à supporter.

La vaccinothérapie spécifique de Nicolle est une méthode parfaite dans son activité, la plus brillante de toutes. Employée systématiquement dans le service de M. le Professeur Petges, elle donne les bons résultats dont nous avons rapporté quelques exemples.

Les réactions intenses qu'elle provoque, la fatigue qu'elle entraîne et les dangers qu'elle fait courir au malade, qui, pour être rares, ne sont pas moins inquiétants — un seul cas mortel à notre connaissance — en font une méthode d'exception dans la clientèle des praticiens. Elle garde toute sa valeur à l'hôpital.

CONCLUSIONS

Le chancre mou, rare dans beaucoup de villes, s'observe avec une fréquence relative dans les ports, en particulier à Bordeaux, et surtout parmi les marins et les manœuvres des quais (103 marins, 99 manœuvres sur un total de 379 cas relevés de 1925 à 1930 inclus).

Longtemps considérée, et récemment encore, comme une maladie locale, l'infection chancreuse se classe maintenant dans le cadre des infections générales avec modification de l'état humoral que mettent en évidence l'intradermo-réaction et la vaccinothérapie spécifique.

Réalisée par le vaccin de Nicolle et Durand, cette vaccinothérapie constitue le traitement général actuel de l'infection chancreuse non compliquée ou compliquée du bubon classique.

Les résultats de cette thérapeutique sur le chancre mou non compliqué sont très inconstants, et là n'est pas sa véritable indication, sauf en ce qui concerne les lésions étendues et le phagédénisme.

Sur le bubon chancereux, l'emploi du vaccin de Nicolle permet d'obtenir des guérisons rapides, sans complications dans la majorité des cas. Les résultats obtenus sur 110 malades, dont nous avons rapporté les observations, sont les suivants :

- 93,8 p. 100 de succès dans les cas de bubons non fluctuants;
- 87,1 p. 100 de succès dans les cas de bubons fluctuants;
- 94,4 p. 100 de succès dans les cas de bubons fistulisés;
- 100 p. 100 de succès dans les cas de bubons fistulisés, à orifice chancrellisé.

Le nombre des injections nécessaires à la cure du bubon chancrilleux est de 3 à 4 en moyenne. Les meilleurs résultats ont été obtenus en laissant un jour de repos entre chaque injection, sauf entre les deux premières, qui sont espacées de deux jours pleins suivant le rythme schématisé : 1, 4, 6, 8, 10.

Les réactions vaccinales parfois violentes exigent un examen général préalable du sujet, en particulier de l'état du cœur, et de la recherche de l'albumine dans les urines. Pendant toute la durée des réactions, le malade alité doit observer la diète liquide (lait, bouillon de légumes, boissons chaudes telles que thé ou infusions diverses).

Ces précautions étant observées, on ne doit pas avoir à craindre d'accidents sérieux. Depuis six ans, parmi plusieurs centaines de malades ainsi traités successivement par les Professeurs Dubreuilh et Petges, à la clinique de dermato-vénérologie de la Faculté de médecine de Bordeaux, il n'en a pas été observé.

Utile et d'application facile dans un milieu hospitalier où les malades sont constamment surveillés, il est difficile d'employer cette thérapeutique à domicile, les malades et leur entourage immédiat s'effrayant des réactions d'une première injection et éludant généralement les suivantes.

Il ne faudra la proposer d'emblée qu'en face d'une indication nette (phagédénisme, orifices de bubon chancrillisés, échec des autres thérapeutiques).

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

G. SIGALAS.

G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 mai 1934.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBROISE PARÉ. — Œuvres complètes. J.-B. Baillière, édit., 1840.
- AUDRY (Ch.). — Précis élémentaire des maladies vénériennes. Edit. 1917 et 1922.
- AURÉGAN. — Note sur le traitement du chancre mou compliqué d'adénite. *Ann. de méd. et de pharm. navales*, t. 406, nov. 1918, p. 362.
- ASSIS (A. de) et FRAGA (A.). — Le traitement du chancre mou et de ses complications par les filtrats de culture de bacilles de Ducrey. *Soc. brésilienne de biol.*, 4 août 1926, in *Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Soc. de biologie*, année 1926, t. II, p. 1435.
- BESNIER, BROCCQ, JACQUET. — La pratique dermatologique. Masson et C^{ie}, 1900.
- BLAMOUTIER (P.). — Essai de traitement des bubons chancereux par l'autohémothérapie. *Paris médical*, 16 mai 1923, p. 462.
- BONNET (L.-M.). — Vaccinothérapie, sérothérapie et protéinothérapie des bubons consécutifs au chancre mou. *Lyon médical*, 10 janvier 1922, p. 358.
- Bubon guéri par la lactothérapie. *Lyon médical*, 1922, p. 934.
- BONNET et REBOUL. — Injections de lait dans le traitement des bubons. *Lyon médical*, 20 avril 1921, p. 819.
- BOSSERT (P.). — Du chancre mixte. Thèse Bordeaux, 1920.
- BUCHAN (Guillaume). — Traité complet du moyen de se conserver en santé et de prévenir les maladies par le régime et les remèdes simples. 4^e éd., 1788.
- BUZAGIN. — Traitement du chancre simple par l'électrocoagulation. *Journal d'urolog.*, août 1926, p. 143.
- CAÏN et URRY. — Evolution anormale d'une anite chancereuse au

- cours du traitement par le Dmelcos. *Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôpitaux de Paris*, 15 juin 1928, p. 1021.
- CANAL. — Le vaccin antistreptobacillaire. Son emploi sur le chancre mou et ses complications. Thèse Paris, 1926.
- CASSUTO. — Une observation de chancre mou avec intradermo-réaction. Traitement par vaccinothérapie intraveineuse. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XIII, oct. 1924, p. 301.
- CHAPUT. — Technique du drainage filiforme. *Paris médical*, 1916, p. 322.
- CHATIN. — Chancres mous extra-génitaux. Thèse Paris, 1900.
- CHEINISSE (L.). — Traitement des bubons chancrelleux. *Presse médicale*, 8 mai 1920, p. 283.
- CONSEIL (E.). — Quatorze observations de chancres mous simples ou compliqués traités par les inoculations intraveineuses de vaccin antistreptobacillaire. *Arch. Inst. Pasteur de Tunis*, t. XIII, oct. 1924, p. 273.
- COSTANTINI (H.). — Méthode simple et efficace pour la guérison rapide du bubon chancrelleux. *Paris médical*, 23 avril 1913, p. 274.
- COUANET (G.). — Contribution à l'étude du traitement du bubon, en particulier par la ponction aspiratrice suivie d'injection de cuivre colloïdal électrique. Thèse Paris, 1916.
- CULLERIER. — « Bubon vénérien ou syphilitique ». Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens. Paris, 1812, t. III.
- DANLOS et DEROME. — Chancre mou de la main. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.* Séance du 7 févr. 1907, Année 1907, p. 60.
- DARIER. — Précis de dermatologie. Masson, édit., 1928.
- DEKEYSER (L.) (de Bruxelles). — La fréquence du chancre mou. *Bull. Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.* Année 1928, p. 688.
- DELANGE (P.). — L'acide arsénieux, agent thérapeutique abortif du bubon chancrelleux non suppuré. *Maroc médical*, 15 avril 1927, p. 111.

- DEVOTO. — La vaccinothérapie du chancre mou. *Giorn. Ital. di dermatol. e sifiligr.*, mars 1927, p. 384, analysé in *Ann. des malad. vénér.*, année 1928, p. 40.
- DOPTER et SACQUÉPÉE. — Bactériologie. J.-B. Baillière, 1926.
- DONATO (Guiseppe). — La vaccinothérapie antistreptobacillaire dans le chancre mou et ses complications. *Arch. ital. di dermatolog., sifilogr. e venereologica*, 1926, p. 89, analysé in *Ann. des malad. vénér.*, oct. 1927, p. 777.
- DUBREUILH (W.) et BROUSTET. — Traitement des chancres mous et de leurs complications par le vaccin de Nicolle. *Ann. de dermatol. et de syphiligr.*, oct. 1925, n° 10, t. IV, p. 577.
- DUBREUIL (W.) et MAILLEIN. — Traitement des bubons chancreux par le procédé de Fontan. *Presse médicale*, 11 juillet 1918, p. 361.
- DUCLOS (A.). — Quelques méthodes actuelles de traitement du bubon chancreux. Thèse Paris, 1919.
- DUPUY (H.). — Contribution à l'étude du traitement des bubons chancreux. La méthode de Fontan. Thèse Paris, 1920.
- DURAND (P.). — Nouvelles recherches sur la présence constante du streptobacille de Ducrey dans le bubon chancreux. *Bull. Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 744.
- EVARD. — Traitement de l'adénite chancreuse. *Bull. de la Soc. de méd. milit. franç.*, mars 1924, p. 99.
- FALCOZ. — Traitement des adénites chancreuses par l'autohémothérapie. Thèse Paris, 1925.
- FARAH (S.). — Contribution à l'étude des injections iodoformées dans le traitement des bubons chancreux suppurés. Thèse Montpellier, 1920.
- FAUCHERAUD. — Un traitement de l'adénite chancreuse suppurée et des autres adénites superficielles suppurées non tuberculeuses. *Arch. de méd. et de pharm. navales*, t. CIX, p. 281, avril 1920.
- FLEURY (J.). — Le chancre mou. *Gaz. des hôp.*, 18 déc. 1929, p. 1821.
- FLOQUET (A.). — Quelques réflexions sur le traitement des bubons chancreux par le drainage filiforme. *Presse médicale*, 3 janv. 1920, p. 5.

- FOUQUET (Ch.). — La vénérologie. *Monde médical*, 15 mars 1929, p. 355; 15 mars 1931, p. 360.
- FOURNIER (P.). — Le traitement du bubon vénérien, notamment par l'hyperhémie, par la ventouse de Bier. Thèse Paris, 1907.
- FOURNIER et LONJUMEAU. — Traitement du bubon chancrelleux par injections intraganglionnaires d'un vaccin polymicrobien. *Gaz. des hôp.* 14-16 juill. 1925.
- FUCHS (R.). — Du traitement des manifestations chancrelleuses par les injections de vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand. Thèse Lyon, 1926.
- GARCIA LAZO. — Etude clinique du traitement vaccinal des adénites inguinales. *Ann. des malad. vénér.*, année 1926, p. 540.
- GARRIGA (M.) (de Valladolid). — Vaccinothérapie du bubon vénérien et du chancre simple. *Paris médical*, 14 mars 1925, p. 247.
- GATÉ (J.), BOSONNET (G.) et MICHEL. — Maladies de Nicolas et Favre ayant succédé à un bubon chancrelleux guéri par le Dmelcos. Infection mixte. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1929, p. 231.
- GAYET. — Essai d'autohémothérapie dans le bubon. Thèse Lyon, 1925.
- GAYMARD (L.). — Des adénites iliaques chancrelleuses et de leur traitement opératoire. Thèse Paris, 1913.
- GJORGJEVITCH et STÉPHANOVITCH (M.). — Les chancres mous et leurs complications traités par les injections intraveineuses de Dmelcos. *Ann. des malad. vénér.*, févr. 1927, p. 81.
- GLUSELLAS (F.). — Le bubon consécutif au chancre mou. Son traitement par l'autohémothérapie. Thèse Buenos-Ayres, 1927.
- GOBERT (E.) et JAMIN (H.). — Recherche de l'intradermo-réaction de Reenstierna chez des sujets ou sains ou porteurs de chancres mous ou suspects d'en avoir été porteurs antérieurement. *Arch. Inst. Pasteur de Tunis*, oct. 1924, t. XIII, p. 304.
- GOUBEAU. — Traitement du chancre mou et du bubon chancrelleux par l'arséniate de soude en badigeonnages et injections intraganglionnaires. *Bull. Acad. de méd.*, 4 sept. 1917, t. LXXVIII, p. 192.

- GOUGEROT. — Chancre mou. Faits nouveaux. *Paris médical*, année 1912, n° 21, p. 301.
- Notions nouvelles sur le chancre mou. *Ann. des malad. vénér.*, année 1917, et *La médecine*, année 1919, n° II, p. 114.
- Chancre mou. Contraste entre la bénignité habituelle du chancre et la gravité de l'adénite. *Paris médical*, avril 1912.
- Adénites chancrelleuses. *Paris médical*, 1916, p. 438.
- Chancre mou ecthymateux croûteux. *Ann. malad. vénér.*, juin 1927, p. 441.
- GOUGEROT et BLUM (P.). — Bubon aigu chancrelleux (forme aiguë phlegmoneuse fébrile de l'adénite chancrelleuse); importance des bubons tardifs. Sensibilisations et désensibilisations. *Ann. malad. vénér.*, avril 1923, p. 287.
- GRAVE (DE). — Traitement du chancre mou par les vaccins. Soc. belge de dermatol. et syphiligr. Séance du 21 nov. 1926. *Bruxelles médical*, déc. 1926.
- GRISOLLE. — Traité de pathologie interne. Paris, Masson édit. 1869.
- GUERRY (G.). — Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux. Thèse de Paris, 1920.
- HABABOU SALA. — Nouvelles recherches sur le chancre mou avec vaccinothérapie locale. Thèse Paris, 1925.
- HENRIC. — Du traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et pansement occlusif. Thèse de Bordeaux, 1894.
- HIPPOCRATE. — Œuvres complètes. Trad. par E. Littré. Baillière, 1849.
- HUDELO et GARNIER. — La vaccination antichancrelleuse par voie intramusculaire. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, mai 1928, p. 760.
- Les réactions fébriles de la vaccination antichancrelleuse. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, 1928, p. 757.
- HUDELO, DUHAMEL et DROUINEAU. — La vaccinothérapie dans le chancre mou et ses complications. *Journal des praticiens*, 27 févr. 1926, p. 145.

- Traitement des injections à bacille de Ducrey par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 18 déc. 1925, p. 1619.
- HUDELO et RABUT. — Note sur le traitement des bubons chancrelleux. La méthode de Fontan modifiée par l'emploi de l'huile xyloiodoformée. *Presse médicale*, 12 nov. 1919, p. 676.
- HUDELO et KAPLAN. — Chancrelles du dos de la main, de la narine droite et de l'anus chez un syphilitique ancien atteint de rectite chronique. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, mars 1926, p. 170.
- HUTAN (R.). — Contribution à l'étude du traitement du bubon chancrelleux par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle. Thèse Paris, 1927.
- JAMIN (H.). — Traitement du chancre mou et du bubon chancrelleux par l'inoculation intraveineuse du vaccin antistreptobacillaire. *Arch. de l'Instil. Pasteur de Tunis*, t. XIII, oct. 1924, p. 280.
- JAUSION (H.) et A. PECKER (A.). — Pyrétothérapie du chancre mou par injection intraveineuse de sporovaccin à spores de *Bacillus subtilis*. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1927, p. 489.
- JERSILD (O.) (Copenhague). — Traitement local du chancre mou par iontophorèse de cuivre. *Bull. de la Soc. de dermatol. et syphiligr.*, année 1927, p. 769.
- JULLIEN (Louis). — Traité pratique des maladies vénériennes, 1879.
- JUMEAUX-LAFOND. — Le chancre mou extragénital. Thèse de Bordeaux, 1920.
- KITCHEVATZ (M.). — Deux cas de chancre mou avec parallélisme morphologique de leurs chancres d'auto-inoculation. *Ann. des malad. vénér.*, sept. 1927, p. 675.
- KRIKORIAN. — Le traitement du chancre mou et de ses complications par le vaccin de Nicolle. *Paris médical*, 9 oct. 1926, p. 285.
- LACASSAGNE (J.). — Adénopathie inguinale dans les affections du col utérin. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1927, p. 65.

- LAEDERICH et WEILL-SPIRE (R.). — A propos du traitement du chancre mou par le vaccin de Nicolle. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 18 déc. 1925, p. 1584.
- LASSERRE. — Traitement du bubon vénérien par la solution de Mencièrè. *Arch. de méd. et de pharm. navales*, mars 1920, p. 209.
- LASSUEUR. — Traitement du bubon chancrèlleux. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 768.
- LAURENT (G.-M.). — Traitement du chancre mou et du bubon par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle. *Arch. de méd. et pharmac. navales*, avril-mai-juin 1927, t. CXVII, p. 134.
- LAURENT (Ch.). — Bubons chancrèlleux. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphiligr.*, année 1928, p. 772.
- LECOMTE (E.). — Contribution à l'étude du traitement du bubon chancrèlleux. Méthode de Fontan modifiée. Thèse Paris, 1920.
- LECOULANT (P.). — Le chancre mou. Réactions biologiques générales. Vaccination. Intradermo-réaction. Thèse Bordeaux, 1928.
- LE CHUITON (F.). — Etude de la réaction de Meinicke. Action des injections d'un vaccin anti-Ducrey sur cette réaction. *Mém. de la Soc. de biol.*, année 1928, t. I, p. 8.
- LEDECO (P.-B.). — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du chancre mou. *Bruxelles médical*, 26 juillet 1925, p. 1245.
- LEGAULT (H.). — Traitement du bubon chancrèlleux par le procédé de Fontan. Son application au traitement des malades externes. Thèse Bordeaux, 1918.
- LEPAGE (R.). — Pyrètothérapie par injections de vaccin antichancrèlleux dans la paralysie générale. *Le scalpèl*, 18 févr. 1928, p. 180.
- LÉVI ITALO. — Le vaccin de Nicolle dans le traitement du chancre mou et de l'adénite vénérienne. *Arch. ital. di dermatol. sifiligr. e venereolog.* Vol. III, fascicule II, déc. 1927, p. 101. Analysé in *Ann. des malad. vénér.*, année 1927, p. 319.

- LÉVY-FRANCKEL. — Traitement ambulatoire du chancre mou par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle en injection intramusculaire. *Journal de méd. de Paris*, 25 oct. 1926, p. 893.
- LÉVY et GLASSER (R.). — Bubons chancrelleux atypiques. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, mars 1926, p. 323.
- LÉVY et KITCHVETAZ. — A propos de la recherche microscopique du bacille de Ducrey. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, 10 juin 1926.
- LOMBARD (J.). — Contribution à la bactériothérapie du bubon chancrelleux. Traitement par le vaccin T. A. B. Thèse Lyon, 1926.
- LORTAT-JACOB et M^{lle} Th. Brosse. — Variations comparatives de l'intradermo-réaction avec et sans traitement par le Dmelcos. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 679.
- Les formes à rechute du bubon chancrelleux. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 742.
- LORTAT-JACOB et LE RASLE (H.). — Les différentes méthodes de traitement des bubons chancrelleux. *Monde médical*, n° 690, 15 juillet 1926, p. 629.
- LORTAT-JACOB et POUMEAU-DELILLE. — Vaccination du chancre mou. *Paris médical*, 26 juin 1926, p. 618.
- Résultats comparatifs du traitement du bubon et du chancre mou par le vaccin de Nicolle. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphiligr.*, année 1928, p. 772.
- LOUSTE, DUCOURTIOUX et LOTTE. — Chancre mou du col utérin. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, 13 janv. 1927, p. 20.
- MACCARI. — La vaccinothérapie spécifique du chancre mou et de ses complications. *Giorn. ital. di dermat. e sifilogr.*, mars 1927, p. 379, analysé in *Ann. de dermatol. et syphiligr.*, année 1927, p. 40.
- MACÉ (E.). — Traité pratique de bactériologie. Baillière, édit., 1913.
- MAGGINELLI. — La vaccination intradermique contre le chancre mou et ses complications. *Pensiero medico*, fasc. 35, déc. 1927, analysé in *Ann. des malad. vénér.*, année 1927, p. 787.

- MAGGIULLI. — L'intradermo-réaction dans les adénites et chancres mous par le vaccin de Nicolle. *Giorn. ital. di dermat. e. sifiligr.*, mars 1927, analysé in *Ann. des malad. vénér.*, année 1927, p. 775.
- MARGAROT. — Le traitement du bubon chancrelleux par les injections de lait. *Bull. de la Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 766.
- MARRAS (A.). — Contribution à la thérapeutique du bubon vénérien. *Ann. des malad. vénér.*, août 1926, p. 561.
- MASSIA et LACASSAGNE (J.). — Bubons chancrelleux extra-génitaux. *Paris médical*, 29 avril 1922, p. 356.
- MASSIAS (Ch.). — Le traitement du chancre mou par le vaccin de Nicolle, *Bull. de la Soc. médico-chirurgicale de l'Indochine*, juin 1925, n° 6, p. 275.
- MICHAELIS. — Un cas de chancre mou guéri par de la poudre de néosalvarsan. *Bruxelles médical*, 31 janv. 1926, p. 434.
- MILIAN (G.). — Les formes cliniques du chancre mou. *La pratique médicale française*, août 1926, p. 344.
- Bubon chancrelleux de l'aîne sans chancre mou. *Revue de dermat. et syphiligr.*, juin 1926, p. 364.
- MILIAN et LENORMAND. — Chancre mou phagédénique de la paroi abdominale qualifié lymphogranulomatose, datant de 27 mois, guéri en 15 jours par hétérothérapie. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1927, p. 88.
- MILIAN. — Le biotropisme. Baillière, édit., 1929.
- Le biotropisme en dermatologie. *Arch. de dermatol. et syphiligr. de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, t. III, fasc. 4, mars 1931, p. 29.
- Le chancre mou. G. Doin et C^{ie}, édit., 1931.
- MONDAIN (A.). — Traitement du chancre mou par le vaccin de Nicolle. Thèse Bordeaux, 1926.
- MONTPELLIER (J.). — Chancrelle de la langue. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, avril 1926, p. 352.
- NICOLAS et LACASSAGNE (J.). — Traitement des bubons chancrelleux par l'autohémothérapie. *Journal de méd. de Lyon*, 1925, p. 287.

- Contribution à la bactériothérapie du bubon chancrelleux. Traitement par le vaccin T. A. B. *Bull. de la Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.*, févr. 1926, p. 107.
- NICOLAS, LACASSAGNE et ALCALAY. — L'intradermoréaction dans les manifestations chancrelleuses par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand. *Bull. Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.*, 18 nov. 1926, p. 644.
- NICOLAS, LACASSAGNE et SAMAAH. — Sur le mécanisme des variations de l'état allergique sous l'influence du traitement par le vaccin de Nicolle et Durand au cours de l'infection chancrelleuse. *Bull. de la Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.*, année 1927, p. 500.
- NICOLAS, LACASSAGNE et ZEITOUN. — L'intradermo-réaction dans l'infection chancrelleuse. *Journ. de méd. de Lyon*, année 1927, p. 245.
- NICOLAS et LACASSAGNE. — Traitement du bubon chancrelleux. *La médecine*, nov. 1927, p. 152.
- L'intradermo-réaction chancrelleuse. Sa valeur diagnostique, ses réactions, état allergique et anergique. Réunion dermatolog. de Strasbourg, séance du 26 mai 1928, analysé in *Bull. de la Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.* année 1928, p. 662.
- Traitements biologiques du bubon chancrelleux. Autohémothérapie, protéinothérapie, pyrétothérapie. Vaccination spécifique, leurs modes d'action. *Bull. de la Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 753.
- NICOLAS, MOUTOT et DURAND. — Thérapeutique de la syphilis, 2^e édit., J.-B. Baillière, 1928.
- NICOLAU (J.) et BANCUI (A.). — Essais de vaccinothérapie dans le chancre mou et ses complications. *Ann. des mal. vénér.*, juin 1927, p. 401.
- Sur le chancre expérimental chez le lapin. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 643.
- Recherches sur l'intradermo-réaction dans le chancre mou. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 666.

- NICOLLE (Ch.). — Recherches sur le chancre mou. Thèse Paris, 1893.
- NICOLLE et P. DURAND. — Nouvelles recherches sur le chancre mou. Son traitement par les inoculations intraveineuses du vaccin antistreptobacillaire. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XIII, oct. 1924, p. 243.
- Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications. *Presse médicale*, 27 déc. 1924, p. 1033.
- PANTITCH (V.). — Traitement du bubon chancrelleux par l'injection intra-ganglionnaire d'un vaccin polymicrobien. Thèse Paris, 1926.
- Traitement du bubon chancrelleux. *Bull. général de thérapeutique*, année 1926, p. 423.
- PETGES (G.), GRATIOT et COTTU. — Traitement du chancre mou et du bubon ouvert par l'enfumage iodé. *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1918, n° 9, p. 263.
- Traitement du bubon chancrelleux par la méthode de Otis-Fontan. Travail du Centre de dermato-vénéréologie de l'H. C. 71, communiqué au groupement médico-chirurgical de la V^e région. Séance du 10 mai 1918. in *Journal de méd. de Bordeaux*, sept. 1918.
- PETGES (G.). — Sur un signe méconnu du chancre mou. *Bull. de la Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 726.
- Traitement local du chancre mou et du bubon. *Bull. Soc. franc. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 765.
- Traitement des chancres mous. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 19 févr. 1908, p. 87.
- LE PETIT (J.). — Historique du chancre mou. Thèse Paris, 1913.
- POEY (J.). — Le traitement du bubon chancrelleux par la méthode de Fontan modifiée. Thèse Toulouse, 1919.
- POIRSON. — Traitement du chancre mou et du bubon chancrelleux aux armées. Thèse Paris, 1917.
- Une observation de chancres mous multiples anciens et compliqués traités par la vaccinothérapie intraveineuse. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XIII, oct. 1924, p. 299.

- Chancre mou et vaccination antistreptobacillaire. *Le Médecin français*, 13 déc. 1923, p. 463.
- RALLI. — Considérations sur les vaccins et leur application en association avec la protéinothérapie. *Paris Médical*, 10 janv. 1923, p. 42.
- RAMERY (J.). — Recherches sur l'intradermo-réaction de Reenstierna et essais de traitement spécifique du chancre mou et de ses complications par le vaccin antistreptobacillaire. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XIII, oct. 1924, p. 293.
- RIATELIER. — Traitement des bubons par le drainage filiforme. *Arch. de médéc. et pharm. navales*, avril 1919, t. CVII, p. 271.
- RAVAUT et BORD (B.). — L'anite chancrreuse. *Presse médicale*, 3 mai 1909, n° 36, p. 313.
- RAVAUT et DUCOURTIOUX. — A propos d'un cas de chancre mou lingual. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, 14 juin 1923, p. 286.
- RAVAUT (P.), CELICE (J.), et VIBERT (J.). — Chancre mou géant de la paroi abdominale de l'aîne, datant de 19 mois, en voie de guérison par le Dmelcos. Insuccès du même traitement sur la chancrreuse de réinoculation. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1927, p. 170.
- REENSTIERN (J.). — Sérum contre le chancre mou spécialement contre le bubon chancrreux. Réunion biologique de Suède, 26 oct. 1921, in *Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Soc. de biol. et de ses filiales*, 5 nov. 1921, t. II, p. 830.
- Recherches sur le bacille de Ducrey. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XII, déc. 1923, nos 3-4, p. 273.
- REILLY (J.). — L'état allergique dans le chancre mou vis-à-vis des inoculations profondes d'antigène streptobacillaire. Modifications de cet état sous l'influence des injections répétées d'antigène. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 659.
- Le traitement du chancre mou par la vaccinothérapie spécifique. Son mode d'action. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 748.

- RIMÉ (G.). — Les associations du bacille de Ducrey. Thèse Paris, 1926.
- RIVALIER (E.). — Méthodes et milieux de culture du bacille de Ducrey. Obtention des antigènes. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 648.
- Etat allergique dans le chancre mou vis-à-vis des inoculations cutanées d'antigène (intradermo-réaction). *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, année 1928, p. 653.
- La réaction de fixation dans le chancre mou, *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, Année 1928, p. 656.
- ROCCA CASCIO (G.). — L'intradermo-réaction avec le vaccin de Nicolle dans le diagnostic du chancre mou. *Revista Sanitaria Siciliana*, n° 2, 15 janv. 1928, analysé in *Ann. des mal. vénér.*, année 1927, p. 786.
- SAIDMANN (J.). — Les rayons ultra-violet en thérapeutique, 2^e édit., 1928, p. 783.
- SAUVAGE (J.-Ch.). — Sur le traitement du chancre mou. Thèse Bordeaux, 1921.
- SAUVEZ (H.). — Les injections de lait dans le traitement des bubons consécutif aux chancres mous. Thèse Lyon, 1922.
- SÉZARY et WORMS (R.). — Deux cas d'albuminurie et d'hématurie consécutives à des injections de vaccin antichancrelleux. Traitement du bubon chancrelleux par injections intraganglionnaires d'eau peptonée. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 20 avril 1928, p. 624.
- SIMON (Cl.). — A propos du traitement du chancre simple. *La Médecine*, nov. 1927, p. 159.
- STROMINGER et SCHAPIRA. — Quelques considérations sur le chancre simple de l'urètre. *Journal d'Urologie*, août 1926, p. 132.
- TAPARELLI (A.). — Chancre mou et bubon chancrelleux traité par les ultra-violets. Analysé in *Rev. d'Actinol.*, janv.-mars 1926.
- TARANTELLI. — Valeur diagnostique et curative du vaccin streptobacillaire (Dmelcos). *Giorn. ital. di derm. e sifili.*, mars 1927, p. 391, analysé in *Ann. des malad. vénér.*, janv. 1928, p. 39.

- TEISSIER (P.), REILLY (J.) et RIVALIER (E.). — Recherches expérimentales sur l'infection chancrelleuse. Les principes généraux d'une vaccinothérapie spécifique. *Journal de Physiol. et de Pathol. générale*, année 1927, p. 319.
- TIXIER (L.) et BIZÉ (P.-R.). — Note sur quelques cas d'anergie consécutifs au traitement antichancrelleux par le vaccin de Nicolle. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôp. de Paris*, 23 juillet 1926, p. 1354.
- TOMASONE (M.). — 9 cas de bubons traités par les rayons ultraviolets. Analysé in *Rev. d'Actinol.*, oct.-déc. 1925.
- VEDEL. — Chancre mou du mollet. *Montpellier Médical* 1921.
- VIGNE (P.), FOURNIER (A) et ACQUAVIVA (R.). — Etude critique et comparative des divers traitements généraux des bubons chancrelleux (protéinothérapie, pyrétothérapie, vaccinothérapie). *Ann. des malad. vénér.*, janv. 1926, p. 1.
- VIGNE (P.) et FOURNIER. — Traitement du chancre mou et de ses complications par la vaccinothérapie spécifique. *Marseille Médical*, 5 juill. 1927, p. 3.
- VITTIRIO (Amedeo di). — La thérapeutique vaccinale de l'ulcère vénérien. *Giorn. ital. di dermat. e. sifili.* Déc. 1926, p. 1588, analysé in *Ann. des malad. vénér.*, oct. 1927, p. 797.
- WATRIN (J.). — Ulcération génitale chancrelleuse à nocardia. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, mai 1926, p. 444.
- X... — Le chancre mou. *Monde Médical*, n° 703, 1^{er} mars 1927, p. 321.
- X... — Trois observations de malades atteints de chancres mous simples ou compliqués traités à l'Institut Pasteur de Tunis. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XIII, oct. 1924, p. 297.

